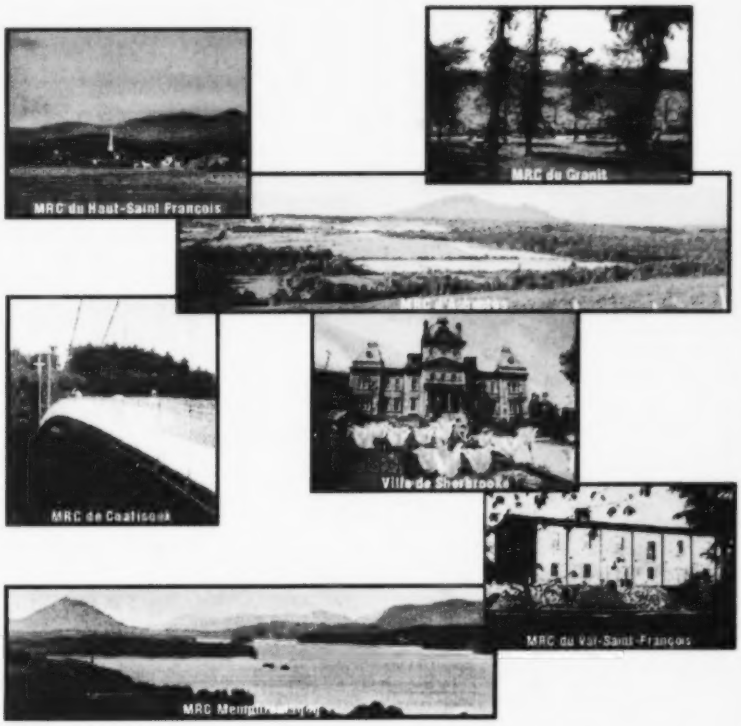
Plan d'Action Régional de Santé Publique de l'Estrie

2004-2007

- Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance
- Cahier 2 — 5 - 11 ans
- Cahier 3 — 12 - 17 ans
- Cahier 4 — Adultes
- Cahier 5 — Personnes âgées
- Cahier 6 — Toute la population

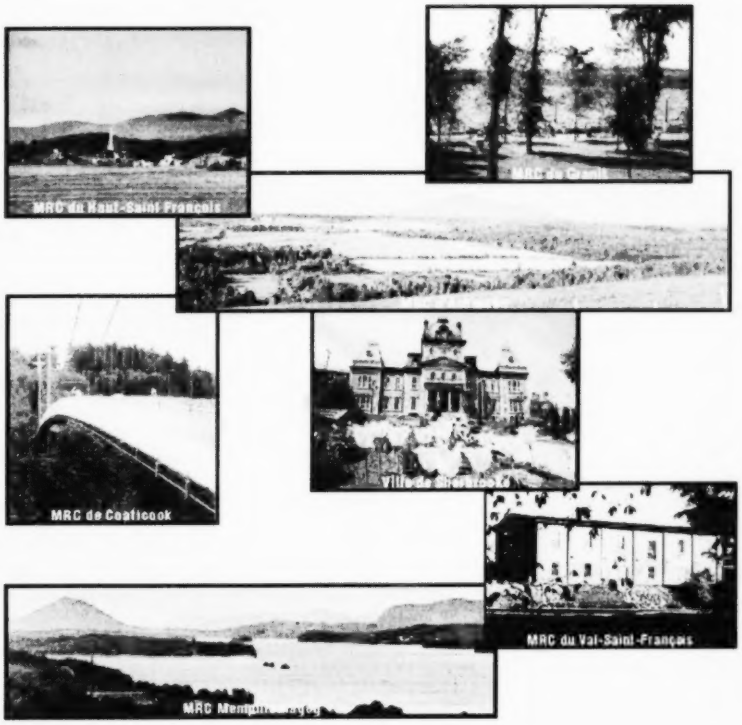


RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Plan d'Action Régional de Santé Publique de l'Estrie

2004-2007

- Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance
- Cahier 2 — 5 - 11 ans
- Cahier 3 — 12 - 17 ans
- Cahier 4 — Adultes
- Cahier 5 — Personnes âgées
- Cahier 6 — Toute la population



Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Direction de la santé publique

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 »
a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Isabelle Bruneau, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Garant, secrétaire de direction, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Ce document a été produit en octobre 2003 par la Direction de santé publique et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Régie régionale de l'Estrie).

106-03298/

LISTE DES COLLABORATEURS ET DES COLLABORATRICES

COMITÉ AVISEUR DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val-Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie

COLLABORATION À LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation

Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire
Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique

Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis sénior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail

Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé

Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

TABLE DES MATIÈRES

SIGLE ET ACRONYMES ix

INTRODUCTION 1

PORTRAIT DE SANTÉ (PAR CLIENTÈLE ET PAR DOMAINE) 5

Clientèle : Faits saillants 7

Domaine : Développement, adaptation et intégration sociale 17

Domaine : Habitudes de vie et maladies chroniques 33

Domaine : Traumatismes non intentionnels 43

Domaine : Maladies infectieuses 49

Domaine : Santé environnementale 59

Domaine : Santé en milieu de travail 67

ACTIONS 77

PLAN DE SURVEILLANCE 87

Domaine : Développement, adaptation et intégration sociale 97

Domaine : Habitudes de vie et maladies chroniques 129

Domaine : Traumatismes non intentionnels 165

Domaine : Maladies infectieuses 173

Domaine : Santé environnementale 189

Domaine : Santé en milieu de travail 205

PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE 217

DEMANDE D'AIDE FORMELLE DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE 233

PROTOCOLE DE CONFIDENTIALITÉ 239

PLAN D'ÉVALUATION.....253

RÉFÉRENCES.....259

ANNEXES

Cahier 1 – Périnatalité et petite enfance
Cahier 2 – 5-11 ans
Cahier 3 – 12-17 ans
Cahier 4 – Adultes
Cahier 5 – Personnes âgées
Cahier 6 – Toute la population

SIGLES ET ACRONYMES

caof	Indice de faces de dents cariées absentes ou obturées de la dentition primaire
CAOF	Indice de faces de dents cariées absentes ou obturées de la dentition permanente
CLSC	Centre local des services communautaires
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESPI	Effets secondaires des programmes d'immunisation
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
IMAGE	Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LSP	Loi sur la santé publique
LSSSS	Loi sur les services de santé et des services sociaux
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MCV	Maladie cardiovasculaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
OLO	Œuf-lait-orange
PAL-SP	Plan d'action local de santé publique
PAR-SP	Plan d'action régional de santé publique
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSST	Règlements sur la santé et la sécurité du travail
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
SIURGE	Système d'information des urgences
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SMEST	Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs, travailleuses
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La Loi sur la santé publique adoptée en décembre 2001 prévoyait l'élaboration, par le ministre, d'un programme national de santé publique. La Loi précisait également que ce programme devait contenir des orientations, objectifs et priorités en regard de la surveillance de l'état de santé, de la prévention, de la promotion et de la protection de la santé et qu'il devait être suivi de l'élaboration de plans d'action régionaux et locaux conformes aux prescriptions du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et tenant compte des spécificités de la population du territoire.

L'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* (PAR-SP) a donc débuté en janvier 2003, au moment de l'adoption du programme national, en collaboration avec un comité aviseur régional. Le présent document en présente donc le contenu qui est en lien étroit avec celui du programme national.

Ce plan d'action régional de santé publique vise à :

- augmenter la cohérence des activités de santé publique en précisant l'offre de service de santé publique sur l'ensemble du territoire (panier de services de base en santé publique);
- mieux structurer les activités de santé publique autour des fonctions essentielles de santé publique que sont la prévention, la promotion, la protection et la surveillance;
- identifier plus clairement les responsabilités au niveau régional et au niveau local pour la réalisation des activités prévues.

Le *Plan d'action local de santé publique* (PAL-SP) comprend donc :

- des objectifs sociosanitaires de prévention, de promotion et de protection à poursuivre pour les dix prochaines années;
- des objets de surveillance pour assurer le suivi de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population de même que pour assurer la connaissance de l'évolution des déterminants;
- des indicateurs de suivi des résultats;
- un cadre d'évaluation visant l'appréciation des résultats de santé et de bien-être pour l'Estrie.

Tous nos partenaires de la région, aussi bien sectoriels qu'intersectoriels, sont concernés par ce programme et pourront être appelés à collaborer à sa mise en œuvre, mais la Loi sur la santé publique a désigné les établissements avec mission CLSC comme étant les mandataires légaux de la mise en œuvre au niveau local. Ainsi, dans les prochains mois, ces établissements ont le mandat d'élaborer un plan d'action local de santé publique en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés, lequel plan doit être conforme aux prescriptions du PNSP et définir, sur le plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.

Cette dernière étape étant fixée au 31 mars 2004, la population de l'Estrie devrait bénéficier dans les années futures d'une gamme de services de santé publique de haute qualité et communs à l'ensemble du territoire régional. L'évaluation du programme est prévue sur une base continue et devrait refléter les gains de santé et de bien-être que nous escomptons obtenir dans les prochaines années.

Nous avons choisi une présentation qui vise à faciliter la consultation du plan d'action. Ainsi, le présent document, après un portrait de santé de la population, fait un bref résumé des actions prévues au plan. Par la suite, diverses sections abordent des éléments généraux concernant l'ensemble du PAR-SP, comme la surveillance, le plan de mobilisation, la demande d'aide formelle, la confidentialité des données et le plan d'évaluation. Enfin, les actions précises prévues au PAR-SP sont présentées dans des cahiers séparés selon la clientèle visée par ces actions.

PORTRAIT DE SANTÉ

- **PAR CLIENTÈLE**
- **PAR DOMAINE**

CLIENTÈLE : FAITS SAILLANTS

Le portrait de santé qui suit a été tracé pour faire ressortir les principaux défis à relever comme définis au *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Il rend compte des problèmes de santé les plus importants observés au Québec, que ce soit à cause de leur gravité ou de leur ampleur.

Les sources de données les plus souvent utilisées sont les fichiers des décès et des hospitalisations de courte durée ainsi que les enquêtes de population menées au Québec depuis 1987 par Santé Québec et par l'Institut de la statistique du Québec et, depuis 2001, par Statistique Canada. Bien qu'il soit élaboré à partir des données québécoises les plus récentes, ce portrait de santé comporte des limites souvent imposées par les données elles-mêmes. Ainsi, celles qui portent sur les décès et les hospitalisations rendent difficilement compte de certains problèmes ayant une faible incidence sur la mortalité ou sur le recours aux soins hospitaliers. Les données relatives à l'utilisation des services sont, pour leur part, conditionnées par la nature et la disponibilité des services offerts. De plus, les données manquent pour que l'on puisse apprécier l'ampleur de certains problèmes, en particulier les problèmes psychosociaux. Enfin, ce portrait de santé, dressé pour mettre en lumière l'importance des problèmes, notamment leur ampleur, ne livre qu'une vision partielle des problèmes de santé en bonne partie contrôlés par des actions soutenues. Il en va ainsi, par exemple, de plusieurs maladies infectieuses contrôlées par la vaccination. Ce portrait est toutefois complété par une description plus fine des problèmes importants et des facteurs qui leur sont associés, laquelle description est incluse dans la présentation de chacun des domaines d'intervention.

Au cours des vingt dernières années, le taux de mortalité global, toutes causes confondues, a diminué de près de 30 % pour l'ensemble de la population et a également fléchi dans chacun des groupes d'âge.[1] Au total, cette baisse s'explique principalement par une diminution notable des décès dus aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes, notamment les traumatismes routiers.[2] Conséquemment, dans cette même période, l'espérance de vie a augmenté de 5,2 années pour les hommes et de 3,3 années pour les femmes, atteignant, en 1999, 75,4 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes.[3] Les valeurs observées au cours des dernières années pour l'espérance de vie placent le Québec légèrement sous la moyenne canadienne, mais devant la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.[4]

Les facteurs qui peuvent expliquer l'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies sont de plusieurs ordres. L'amélioration générale des conditions de vie des Québécois et Québécoises – par exemple, l'amélioration du niveau d'éducation, l'amélioration de l'alimentation et l'augmentation du niveau de la salubrité et de la sécurité des milieux de vie –, a joué en faveur d'une diminution globale de la mortalité. L'évolution de facteurs démographiques au cours des cinquante dernières années, comme l'espacement des naissances et la réduction de la taille des familles, est responsable d'un meilleur état de santé des mères et des enfants. Des gains importants sont également attribuables aux efforts investis en prévention, lesquels efforts ont été constants dans plusieurs secteurs d'activité, dont celui des maladies infectieuses, notamment par la vaccination, en promotion de saines habitudes de vie et en prévention, entre autres, sur les dépistages précoces.

Enfin, l'amélioration des soins et des traitements offerts aux personnes atteintes d'un problème de santé a aussi contribué à un bilan des plus encourageants.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ LES PLUS IMPORTANTS

Certains problèmes demeurent tout de même préoccupants à cause de leur fréquence élevée, de leur gravité, étudiée sous l'angle de la mortalité ou des incapacités qu'ils entraînent, ou encore parce qu'ils sont en augmentation ou en recrudescence.

Bien qu'ils aient connu une diminution importante depuis les vingt dernières années, les problèmes de l'appareil circulatoire – le plus souvent des myocardiopathies ischémiques –, restent responsables d'un peu plus du tiers des décès chez les hommes et les femmes. Ils sont suivis de très près par les cancers, à l'origine d'un peu moins du tiers des décès chez les deux sexes. Les maladies de l'appareil respiratoire, qui incluent notamment les maladies respiratoires chroniques et les pneumonies, se classent au troisième rang des causes de mortalité, suivies des traumatismes non intentionnels, qui incluent principalement les traumatismes routiers, les blessures à domicile, les chutes ainsi que les traumatismes récréatifs et sportifs et des maladies de l'appareil digestif.[5] L'appréciation de l'état de santé sous l'angle de la morbidité, traduite partiellement par les taux d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée (il s'agit de taux bruts qui excluent les hospitalisations des nouveau-nés et les hospitalisations dans les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée), place, dans l'ordre, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil

digestif, celles de l'appareil respiratoire et les cancers comme principales affections qui touchent la population. Il faut mentionner que la grossesse, l'accouchement et leurs complications arrivent au deuxième rang des motifs d'hospitalisation pour l'ensemble de la population.[6]

Par ailleurs, les problèmes de santé les plus souvent déclarés sont les allergies, les maux de tête, les problèmes ostéoarticulaires, incluant les maux de dos et de la colonne, l'hypertension artérielle, les blessures, les troubles digestifs fonctionnels, l'asthme et les maladies cardiaques. Il s'agit de problèmes fréquents, chacun affectant environ 10 % de la population,[7] qui occasionnent une utilisation importante des services ambulatoires et une restriction variable des activités. Outre les consultations de nature préventive ou pour des examens de routine, les motifs de la dernière consultation d'un professionnel ou d'une professionnelle sont les plus souvent les problèmes ostéoarticulaires, ceux de l'appareil respiratoire, les blessures ainsi que les troubles du système nerveux et des organes des sens.[8]

On ne peut passer sous silence les problèmes à caractère psychosocial, dont les problèmes de santé mentale, qui affectent une proportion importante de la population. Ainsi, bon nombre d'enfants présentent des troubles d'adaptation[9] ou sont victimes d'abus physique ou psychologique, d'agression sexuelle et de négligence.[10] On rapporte un nombre élevé d'agressions sexuelles et de situations de violence conjugale qui compromettent la santé et le bien-être des femmes.[11] La consommation de drogues et d'alcool, en plus d'avoir augmenté, commence tôt dans la vie.[12] Enfin, une personne sur cinq présente un indice élevé de détresse psychologique,[13] et les taux de mortalité par suicide sont importants, particulièrement chez les hommes.[14]

La description des indicateurs de santé à l'échelle de l'ensemble de la population cache des réalités psychosociales et sanitaires particulières à certains groupes d'âge, dont voici quelques faits marquants.

Chez les enfants et les adolescents et adolescentes de 0 à 14 ans

Les anomalies congénitales ainsi que les affections périnatales, dont le retard de croissance intra-utérine et la prématurité, demeurent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins d'un an tandis que les empoisonnements et les blessures, occasionnées notamment par les traumatismes routiers, constituent la première cause de mortalité chez ceux de 1 à 14 ans.[15] Les principales causes d'hospitalisation des enfants de moins de

14 ans sont les maladies de l'appareil respiratoire, celles de l'appareil digestif, les empoisonnements et blessures ainsi que les maladies infectieuses et parasitaires.[16] Les problèmes d'adaptation sociale qui surviennent pendant l'enfance reçoivent une attention de plus en plus grande, et différents travaux de recherche permettent de mieux en connaître l'ampleur et les répercussions; il en va ainsi des retards de développement, des troubles d'apprentissage, des troubles de conduites et des problèmes d'abus physique ou psychologique, d'agression sexuelle et de négligence. Des manifestations de détresse psychologique sont observées en très bas âge, comme en témoigne la fréquence des troubles d'anxiété, de la dépression, des idées et des gestes suicidaires rapportée dans la documentation scientifique.[17]

↳Chez les adolescents et adolescentes et les jeunes adultes de 15 à 24 ans

Les cas de morts violentes, dont la majorité est attribuable au suicide et aux traumatismes routiers, pèsent lourd dans le bilan portant sur la mortalité des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes, surtout ceux de sexe masculin. Le cancer est la troisième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans.[18] Les blessures consécutives à des traumatismes non intentionnels sont une cause majeure d'hospitalisation des garçons et des jeunes hommes.[19] Les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont plus fréquentes à partir de la fin de l'adolescence.[20] Le taux de grossesse à l'adolescence est relativement élevé. Quant au taux d'interruption volontaire de grossesse, il augmente depuis 1985 chez les femmes de tous les groupes d'âge, mais il est le plus élevé chez celles de 18 à 24 ans.[21] La consommation de drogues et d'alcool, le tabagisme et d'autres formes de dépendance ainsi que leurs conséquences pour les adolescents et adolescentes et les jeunes adultes sont de mieux en mieux connus. Les données indiquent qu'il y a plus de fumeuses et fumeurs réguliers chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans que chez les adolescentes et adolescents de 15 à 17 ans. On observe la même tendance pour la consommation de drogues chez les garçons seulement.[22] La proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ou des idées suicidaires est la plus forte dans ce groupe d'âge.[23]

↳Chez les adultes de 25 à 44 ans

Entre 25 et 40 ans, les traumatismes et les suicides entraînent le plus grand nombre de décès chez les individus des deux sexes réunis, mais de façon plus marquée chez les hommes. Par rapport aux groupes d'âge précédents, on note également une augmentation significative de la mortalité par maladies chroniques, soit les cancers et les maladies cardiovasculaires, les premiers étant la principale cause de mortalité chez les femmes de ce

groupe d'âge. Vers l'âge de 40 ans, les cancers supplantent les traumatismes et les suicides comme première cause de mortalité.[24] Les troubles de l'appareil digestif, les troubles de l'appareil génito-urinaire, ceux de l'appareil circulatoire, les troubles mentaux et les traumatismes sont des causes importantes d'hospitalisation chez les personnes de 25 à 44 ans; la santé reproductive représente d'ailleurs la première cause d'hospitalisation des femmes de cet âge.[25] Bien que le diabète ait moins d'ampleur que les problèmes mentionnés précédemment, on observe une augmentation importante du nombre de cas à partir de cet âge.[26] Les troubles mentaux, le suicide, la violence sous toutes ses formes ainsi que les problèmes associés à la consommation de drogues et d'alcool continuent à peser lourd sur les individus, les familles et les communautés.[27]

↳Chez les adultes de 45 à 64 ans

Les personnes dont l'âge se situe entre 45 et 64 ans sont particulièrement marquées par un accroissement important de la mortalité globale, imputable à une augmentation significative des maladies chroniques. Ainsi, le taux de mortalité, toutes causes confondues, est près de cinq fois plus élevé chez les personnes de 45 à 64 ans que chez celles qui ont entre 25 et 44 ans, alors que le taux de mortalité par traumatismes et suicide demeure comparable pour ces deux groupes d'âge. Toutefois, le taux de mortalité par cancers se voit presque quintuplé quand on compare les personnes de 45 à 49 ans et celles de 60 à 64 ans, tandis que celui de la mortalité par maladies cardiovasculaires est multiplié par près de six. Les cancers dominent le tableau des principales causes de mortalité, suivis des maladies cardiovasculaires et des troubles des appareils respiratoire et digestif.[28] Les troubles génito-urinaires et les troubles mentaux s'ajoutent à ces problèmes comme principales causes d'hospitalisation. On observe également une progression importante des maladies cardiovasculaires comme cause d'hospitalisation des personnes qui ont entre 45 et 64 ans.[29] La majorité des problèmes à caractère psychosocial affectant la population ont déjà été évoqués précédemment, mais ajoutons que certaines de leurs conséquences sont plus manifestes à cette période de la vie.

↳Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Les personnes de 65 ans et plus constituent un groupe de la population québécoise dont la proportion ira en augmentant au cours des vingt prochaines années;[30] cela entraînera une hausse du nombre de celles qui seront aux prises avec des conditions menaçant leur autonomie. On observe, en effet, une accentuation de la prévalence des maladies chroniques physiques et mentales, ces dernières étant dominées par les démences,

notamment la maladie d'Alzheimer. On note également une augmentation de la prévalence de certaines affections sensorielles.[31] Chez les personnes de 65 ans et plus, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies du système respiratoire sont, et de loin, les trois principales causes de mortalité.[32] Les troubles de l'appareil digestif s'ajoutent aux maladies des appareils circulatoire et respiratoire et aux cancers comme principales causes d'hospitalisation.[33] À partir de 75 ans, on observe une recrudescence des hospitalisations et des décès par traumatismes.[34] Le cumul de conditions morbides chez les personnes de ce groupe d'âge entraîne une consommation plus importante de médicaments, augmentant d'autant les risques d'interactions et d'effets indésirables.[35] Une grande perte d'autonomie chez les plus âgées d'entre elles entraîne souvent un désinvestissement de la vie quotidienne, qui se traduit, notamment, par l'isolement et la dépression. Plus d'une personne âgée de 75 ans ou plus sur quatre connaît une limitation d'activité à long terme[36] et, à cette période de la vie, près de 20 % des personnes vivent en institution de santé.[37] Enfin, l'abus et la négligence font également partie des problèmes dont sont victimes les personnes âgées.

↳Des groupes plus vulnérables que d'autres

Analysé sous l'angle de certaines caractéristiques socioéconomiques, l'état de santé de la population laisse voir des inégalités dans la distribution des facteurs de risque et des problèmes de santé. Ces inégalités permettent de reconnaître des groupes plus vulnérables. L'analyse différenciée selon le sexe, livrée précédemment, est fort instructive à cet égard, tout comme l'examen des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux par groupes d'âge. D'autres variables que le sexe et l'âge sont toutefois à considérer pour compléter l'analyse de l'état de santé de la population. Parmi celles-ci, la pauvreté, caractérisée par un ensemble de privations d'ordre matériel et social, est l'un des facteurs qui accentue la vulnérabilité à différents problèmes de santé. La forte corrélation entre l'état de santé de la population et un ensemble d'indicateurs de défavorisation, comme la sous-scolarisation, l'inactivité économique, l'insuffisance de revenus ou le manque de soutien social, n'est plus à démontrer. Cette corrélation se vérifie également entre les différentes régions du Québec et d'un territoire de CLSC à l'autre.[38]

Les personnes peuvent être dans un état de vulnérabilité pendant des périodes plus ou moins longues de leur vie, qui peuvent correspondre aux cycles de la vie ou à des moments

de transition. Certaines combinaisons de facteurs qui menacent la santé entraînent souvent une croissance exponentielle de la vulnérabilité des personnes ou des groupes touchés par ces facteurs. Un mauvais état de santé est tantôt la cause de conditions de vie difficiles, tantôt il en est la conséquence. Par ailleurs, le cumul des problèmes de santé physique ou mentale et des problèmes psychosociaux dans certains groupes en accroît la vulnérabilité.

Tiré du PNSP 2003-2012, pages 11-16

DOMAINE
Développement, adaptation et intégration sociale

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention concernant le développement, l'adaptation et l'intégration sociale regroupe un ensemble de problèmes psychosociaux qui affectent autant les enfants, les adolescents et adolescentes que les adultes et les personnes âgées. Il s'agit notamment des problèmes d'abus, de négligence et de violence, des problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool, des problèmes de santé mentale et de suicide. Ce domaine inclut également certains problèmes se rapportant au développement et à la santé physique des jeunes enfants ainsi que des problèmes particuliers touchant l'adaptation sociale des enfants, des adolescents et adolescentes.

LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES ET LES JEUNES ADULTES

Prématurité et grossesse

Malgré les progrès constatés au cours des dernières années, de nombreux problèmes sociaux et de santé continuent d'affecter ou de menacer le développement et l'adaptation sociale des enfants, des adolescents et adolescentes. Ainsi, l'augmentation constante, depuis les vingt dernières années, du pourcentage de la prématurité (durée de gestation inférieure à 37 semaines) et la hausse récente du pourcentage d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2500 g)[39] retiennent l'attention. Il faut noter que certains enfants ayant un faible poids à la naissance sont nés prématurément ou ont souffert d'un retard de croissance intra-utérine.

> En Estrie, la proportion des naissances vivantes prématurées est passée de 5,9 % en 1989 à 8,3 en 2002. Alors que ce taux ne dépassait pas les 6,5 % entre 1989 et 1994, c'est à partir de 1994 que le taux de prématurité a passé le cap du 7 %. Dans la MRC du Haut-Saint-François, le taux de prématurité est, en général, supérieur à la moyenne estrienne dépassant 10 % certaines années. Entre 1994 et 1999, ce taux est aussi très élevé (de 8 à 10 %) dans la MRC de Memphrémagog et varie de 6 à 11 % dans la MRC d'Asbestos.

Par ailleurs, la proportion d'insuffisance de poids à la naissance dépasse 6 % (6,1 à 6,6 %) depuis 1994 et, malgré une baisse pour les années 1998 et 1999, des données provisoires pour les années 2000, 2001 et 2002 montrent que la tendance se situe autour de 6 %. Au Québec, le pourcentage varie très peu d'une année à l'autre avec une moyenne de 5,8 % entre 1992-1999. Pour les jeunes Estriennes âgées de moins de 18 ans, ce taux se situe, en général, nettement au-delà de 10 % depuis 1989, alors qu'il est le plus souvent de 10 % ou moins au Québec. L'examen de l'évolution du taux de naissances de bébés de faible poids par MRC permet de constater que les taux de la MRC de Memphrémagog sont plus souvent supérieurs à ceux observés en Estrie depuis 1994, alors que les taux pour la MRC du Granit sont toujours inférieurs.

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants, des adolescents et adolescentes sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Ainsi, certains problèmes qui concernent la grossesse, la naissance ou les premiers mois de la vie, en plus d'avoir une influence sur la prématurité et le faible poids à la naissance, peuvent également compromettre le développement des jeunes enfants. Il s'agit notamment de la rubéole congénitale, des malformations du tube neural, de la phénylcétonurie, de l'hypothyroïdie congénitale et de l'anémie ferriprive dont la prévalence semble plus grande dans certains groupes, notamment chez les nouveau-nés de faible poids à la naissance et les enfants de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique.[40] De plus, la consommation de drogues ou d'alcool, l'usage du tabac durant la grossesse, le jeune âge des parents, la faible scolarité et les naissances multiples peuvent aussi accroître le risque de malformations congénitales et avoir un impact sur la croissance, les fonctions cognitives et comportementales de l'enfant.[41]

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001* (ESCC), une Québécoise sur quatre (23,6 %) ayant donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête mentionne avoir bu de l'alcool durant la dernière grossesse. Une Québécoise sur treize (7,5 %) déclare avoir bu une fois par mois ou plus. Ainsi, près de 200 naissances vivantes en Estrie pourraient être issues d'une grossesse durant laquelle il y aurait eu consommation d'alcool une fois par mois ou plus.

Bien que la prévalence du tabagisme au sein de la population canadienne tend à diminuer, c'est chez la femme en âge de procréer que le taux de diminution du tabagisme est le plus faible.[42] Selon les données de l'ESCC 2000-2001, parmi les Québécoises ayant eu une grossesse au cours des cinq années précédant l'enquête, 33 % ont fumé au cours de leur dernière grossesse.[a]

Allaitement maternel

L'allaitement maternel, qui aurait des effets bénéfiques tant sur la santé de la mère que sur la croissance et le développement de l'enfant, contribuerait aussi à réduire certains problèmes de santé physique comme les infections gastro-intestinales et les infections respiratoires relativement fréquents chez les nourrissons.

Les données de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) montrent que la prévalence de l'allaitement maternel (exclusif ou mixte) est de 72 % à la naissance, mais diminue régulièrement par la suite pour atteindre 29 % à l'âge de 6 mois et seulement 10 % à 12 mois. La durée moyenne d'allaitement est de 3,9 mois pour l'ensemble des jeunes enfants. Elle varie en fonction du statut socioéconomique de la famille, de 2,8 mois pour les enfants des familles les plus défavorisées à 5 mois pour ceux des familles les plus favorisées.[43]

En Estrie, une enquête régionale réalisée auprès de mères venant d'accoucher, en 1998-1999, révèle des taux inférieurs à ceux du Québec, soit 64 % à la naissance et 23 % à 6 mois.[44]

[a] Bien que les données soient disponibles pour l'Estrie, le nombre restreint de répondantes ne permet pas d'estimer de façon fiable la proportion des femmes ayant bu de l'alcool, ayant fumé la cigarette ou ayant pris des suppléments vitaminiques avant et pendant la grossesse.

La prise d'un supplément vitaminique contenant de l'acide folique par la femme qui désire devenir enceinte prévient les malformations du tube neural chez les nourrissons.

> Selon les données de l'ESCC 2000-2001, parmi les Québécoises ayant eu une grossesse dans les cinq années précédant l'enquête, 31 % ont pris des suppléments vitaminiques contenant de l'acide folique avant leur dernière grossesse.[b]

Retards de développement moteur, cognitif, langagier ou social

Les retards de développement moteur, cognitif, langagier ou social peuvent se manifester très tôt chez les enfants.[45] Ce sont souvent ces enfants qui risquent de présenter des problèmes d'adaptation et d'apprentissage lorsqu'ils fréquenteront la garderie ou l'école.

> On estime qu'entre 10 et 15 % des enfants d'âge préscolaire présenteraient des retards dans l'une ou l'autre des sphères de leur développement (dimensions cognitives, comportementales et socioaffectives du développement de l'enfant). Selon les résultats de l'ÉLDEQ, 20 % des enfants de 2 ans et demi présentent un retard de développement cognitif.[46]

Relativement au langage, la littérature indique qu'entre 2,5 et 23 % des enfants âgés de 3 à 8 ans présentent des problèmes de communication.[47] La proportion d'enfants affectés est évidemment plus élevée lorsqu'elle est déterminée dans des groupes plus à risque, comme celle concernant les enfants pris en charge par les centres jeunesse ou suivis dans le cadre de programmes préventifs. Une étude menée en Estrie, à Montréal et à Québec montre qu'entre 2 000 et 4 000 (près de 50 %) enfants de moins de 4 ans, signalés à la Direction de la protection de la jeunesse pour négligence, sont aux prises avec des difficultés de langage.[48]

[b] Bien que les données soient disponibles pour l'Estrie, le nombre restreint de répondantes ne permet pas d'estimer de façon fiable la proportion des femmes ayant bu de l'alcool, ayant fumé la cigarette ou ayant pris des suppléments vitaminiques avant et pendant la grossesse.

En ce qui concerne les sphères des habiletés personnelles et sociales des enfants, l'ÉLDEQ fait état de différents problèmes rapportés par les parents d'enfants de 2 ans et demi : 17 % des enfants auraient des gestes fréquents d'agression physique à l'endroit des autres enfants, 12 à 17 % auraient des problèmes d'inattention et entre 10 et 25 % vivraient de l'anxiété.[49]

Conditions sociales

Des conditions telles que la pauvreté, le chômage, l'isolement social, la violence conjugale et le manque d'habiletés parentales viennent s'ajouter aux facteurs qui menacent le développement de l'enfant et sont souvent associées à l'apparition de situations d'abus ou de troubles de comportement. Par exemple, les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme sont nombreuses pour la santé de la mère et celle de l'enfant; elles peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social. On estime qu'environ une adolescente sur douze deviendra enceinte avant son dix-huitième anniversaire et qu'à peu près une sur quatre le sera avant son vingtième anniversaire.[50] Une augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse est également observée.[51] Par ailleurs, chaque année, environ 3 000 bébés naissent au Québec de mères de moins de 20 ans.[52]

Chez les jeunes filles québécoises âgées de 14 à 17 ans, on note que le taux annuel moyen de grossesse s'est stabilisé autour de 19 pour 1 000 adolescentes pour la période 1992 à 1998. Chez les jeunes femmes de 18 et 19 ans, ce taux se situe à 68 pour 1 000 en 1998.

En Estrie, les taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 14 à 17 ans montrent une progression continue depuis 1986. En effet, pour 1 000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans, il est passé de 17,2 en 1986-1988 à 18,7 en 1995-1997 et à 19,1 en 1998-1999. Chez les 18-19 ans, le taux de grossesse a augmenté entre 1989-1991 et 1992-1994, passant de 64,1 à 71,3 pour 1 000 adolescentes. À partir de 1992-1994 jusqu'à 1998-1999, le taux s'est stabilisé à environ 65 pour 1 000 adolescentes.

En Estrie, alors que le nombre de naissances vivantes a peu fluctué entre 1986-1997 (nombre annuel moyen de 48 naissances) pour les jeunes de 14 à 17 ans, et a même légèrement diminué entre 1995-1997 et 1998-1999, passant de 46 à 37 naissances, les interruptions volontaires de grossesses n'ont cessé d'augmenter depuis 1992, le taux annuel moyen passant de 11,9 pour 1 000 grossesses chez les adolescentes de moins de 18 ans en 1992-1994 à 14,3 en 1997-1999. Ainsi, le nombre annuel de grossesses, rendues à terme ou non, a augmenté, passant de 129 entre 1986-1988 à 146 en 1998-1999, alors que le nombre de naissances vivantes a peu fluctué. Les interruptions volontaires de grossesse concernent majoritairement les femmes de la MRC de La Région-Sherbrookoise, soit les deux tiers des cas (627 cas par année en moyenne pour 1996-2000), malgré le fait que ce territoire ne regroupe que près de la moitié de la population.

↳Abus et négligence

Même si plusieurs enfants sont victimes de négligence, d'abus physique et psychologique et d'agression sexuelle, peu de données permettent d'évaluer l'ampleur réelle de ces problèmes. Pourtant, les conséquences chez les victimes sont nombreuses : blessures, retards de croissance et de développement, hyperactivité, troubles de comportement, délinquance, actes violents ou antisociaux, impulsivité, toxicomanie et autres problèmes de violence à l'âge adulte, notamment la violence conjugale. Par ailleurs, bon nombre d'enfants exposés à la violence telle que la violence conjugale, en plus de présenter de multiples problèmes psychosociaux et de santé, courent un plus grand risque d'être victimes de mauvais traitements, voire de développer des comportements violents, et ce, en raison des modèles de comportements inappropriés auxquels ils sont exposés.

Une étude réalisée en 1999 sur un échantillon de 2 469 mères québécoises nous apprend que 6,6 % d'entre elles ont manifesté de la violence physique sévère envers leurs enfants au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête[53] et 43,7 % ont manifesté de l'agression psychologique à trois reprises ou plus au cours de cette année. L'étude révèle aussi que les taux de toutes les formes de violence, y compris la violence sévère, sont plus élevés parmi les enfants dont les grands-parents sont décrits comme violents ou sévères.

Par ailleurs, les enfants dont les mères affirment vivre une relation conjugale difficile ou violente (6 % des couples) sont, en proportion, plus nombreux à vivre de la violence et, notamment, de la violence physique sévère (19 % c. 5 %).

Problèmes de comportement

Les problèmes de comportement, qui se caractérisent par un ensemble de comportements perturbateurs récurrents d'opposition, de désobéissance, de provocation et d'hostilité, incluant la violence envers les adultes responsables de l'enfant et les camarades, constituent un autre problème important qu'éprouvent les enfants, les adolescents et adolescentes. Ces troubles handicapent sérieusement le développement des jeunes – entre 6 et 16 % des garçons et de 2 à 9 % des filles seraient affectés – et ont des conséquences importantes sur la famille et les différents milieux de vie de ces jeunes.[54] Ils peuvent se manifester sous différentes formes et dans divers contextes, notamment à l'école, dans le voisinage et dans les relations amoureuses. Les troubles de comportement graves, en particulier l'agressivité persistante en bas âge, constitueraient un facteur de risque de la délinquance, amenant le jeune à vivre des difficultés d'intégration sociale qui se poursuivent souvent à l'âge adulte.

Les données tirées d'une enquête réalisée en 2000 sur 10 895 élèves du secondaire de l'Estrie montrent que 8 %, soit l'équivalent de 855 jeunes, se sont impliqués dans des batailles entre jeunes et 2 %, soit l'équivalent de 257 jeunes, se sont engagés dans un gang ayant pour but de faire payer d'autres jeunes. Beaucoup de jeunes se trouvent exposés à toute une série de comportements violents lorsqu'ils sont à l'école. Se faire crier des injures (59 %), se faire frapper (28 %) ou se faire menacer de se faire frapper (23 %) sont les comportements les plus fréquemment rapportés par les jeunes.

De plus, un peu plus d'un garçon sur quatre (27 %) déclare avoir porté une arme sur lui et plus d'un sur dix (11,8 %) mentionne s'être déjà fait offrir de l'argent pour faire des choses plus ou moins légales.[55]

Par ailleurs, selon cette même enquête, 5,4 % des jeunes (611 jeunes dont les deux tiers sont des filles) rapportent avoir été forcés d'avoir des relations sexuelles. Pour près d'un jeune sur deux (47 %), le *chum* ou la *blonde* constitue la personne la plus souvent citée comme agresseur, suivi d'un membre de la famille éloignée (15 %). Un jeune sur deux (49 %) rapporte que la manipulation constitue le principal moyen par lequel il a été forcé d'avoir des relations sexuelles. On note que chez les élèves ayant une relation amoureuse au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, entre 3 et 8 % risque de subir de la violence psychologique de la part de leur partenaire.

Les cas signalés aux centres jeunesse du Québec dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse peuvent aussi permettre de brosser un tableau des situations d'abus physiques et sexuels, de négligence, de violence, d'abandon et de troubles de comportement chez les enfants.

Au Québec, dans les cas pour lesquels une décision de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant est posée, le taux annuel moyen, en 1999-2001, de prise en charge par les centres jeunesse est de 6,6 pour 1 000 enfants âgés de 0 à 17 ans. Ce taux annuel moyen basé sur les années 1999-2002 est de 5 pour 1 000 enfants dans la région de l'Estrie. La MRC qui semble la plus touchée par ces situations est celle du Haut-Saint-François où le taux de compromission atteint 7,9 pour 1 000 enfants.

Par ailleurs, pour l'Estrie,on peut observer que 51 % des prises en charge le sont pour négligence, 33 % pour troubles de comportement, 9 % pour abus physique, 5 % pour abus sexuel et 3 % pour abandon. Cette répartition est assez similaire à celle du Québec. Cependant, la problématique de prise en charge change selon l'âge de l'enfant. Ainsi, chez les enfants âgés de 0 à 11 ans de l'Estrie on signale des situations de négligence (70 % des cas de 0 à 5 ans et 51 % des cas de 6 à 11 ans), et des troubles de comportement chez les enfants âgés de 12 à 17 ans (57 % des cas).

Consommation de drogues et d'alcool

Les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool demeurent préoccupants chez les jeunes.[56] Ils sont souvent associés à d'autres problèmes psychosociaux et de santé comme la délinquance, l'échec scolaire, les comportements sexuels à risque, le suicide et les traumatismes.

Au Québec, environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique de drogues et d'alcool. De plus, il semble que cette consommation ait tendance à augmenter, en particulier celle de la marijuana[57] et qu'elle se fasse tôt dans la vie des enfants, des adolescents et adolescentes.[58] En outre, la fréquence de consommation élevée d'alcool – au moins cinq consommations en une même occasion, cinq fois ou plus en douze mois – est à la hausse pour la population de 15 ans et plus.[59]

Les données tirées d'une enquête réalisée en 1998 sur 13 272 élèves du secondaire de l'Estrie montrent que la consommation d'alcool, occasionnelle ou régulière, progresse tout au long du cheminement scolaire : un jeune sur trois consomme en 1re secondaire contre neuf sur dix en 5e secondaire. L'âge d'initiation se situe à 12 ans et demi et la majorité des expériences se font en 1re et 2e secondaire. Une proportion de 9,5 % des élèves du 5e secondaire déclare boire régulièrement. Par ailleurs, 2,3 % des jeunes du cheminement régulier estiment que leur consommation est problématique et seulement le quart d'entre eux ont l'intention d'arrêter de consommer. Selon cette enquête, les élèves du cheminement particulier constituent une clientèle vulnérable à considérer lors de la mise en place de programmes ou d'activités de prévention, car 4,3 % de ces jeunes estiment que leur consommation d'alcool leur pose des problèmes. En première année du secondaire, 16 % des jeunes disent avoir déjà touché au moins une fois une drogue illicite, en particulier le cannabis et ses dérivés comme la marijuana, alors que le pourcentage s'établit à 61 % en 5e secondaire. Cette expérience se fait relativement tôt dans la vie des jeunes, l'âge d'initiation se situant généralement autour de 12 ans.

Image corporelle

L'insatisfaction à l'égard du poids et de l'image corporelle représente un problème particulier. En effet, malgré le fait que 80 % des jeunes ont un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescentes et adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle; les pratiques de contrôle de poids comme sauter des repas, jeûner toute une journée et commencer ou recommencer à fumer semblent très clairement installées chez plusieurs d'entre eux.[60] Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie.

> En Estrie, 22 personnes ont dû être hospitalisées au cours de l'année 2001-2002 pour anorexie et boulimie.

Santé mentale

Certains aspects de la santé mentale des jeunes retiennent également l'attention. Environ 25 % des jeunes de 9 ans ont un niveau élevé de troubles émotifs, alors que chez les jeunes de 13 ans, le niveau élevé de détresse psychologique atteint près de 22 %.[61] Ce sont cependant les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus nombreux à présenter un indice de détresse psychologique plus élevé, 28 % des jeunes de cet âge se classant dans cette catégorie.[62]

Le suicide, pour sa part, a pris de l'ampleur chez les jeunes depuis 1990 – particulièrement chez ceux de 15 à 19 ans[63] –, situant le Québec parmi les pays industrialisés où le taux de suicide à l'adolescence est le plus élevé.[64] Bien que les idées suicidaires apparaissent très tôt, même dès l'âge de 9 ans,[65] c'est chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que la prévalence d'idées suicidaires (7,4 %) et de tentatives de suicide (1,4 %) est la plus importante.[66] Le suicide est, en outre, de plus en plus fréquent chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans et il est la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans.[67] Les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les jeunes ont trait notamment à la dysfonction familiale, à une histoire d'abus physique ou sexuel, à des fugues antérieures, à certains événements stressants de la vie, à une faible estime de soi et à des problèmes de santé mentale, dont la dépression.

Au Québec, entre 1995 et 1999, une moyenne annuelle de 117 jeunes âgés de 10 à 19 ans se sont suicidés, soit 90 garçons et 27 filles. En Estrie, une moyenne annuelle de 9 jeunes se sont suicidés, soit 7 garçons et 2 filles. Ainsi, le taux annuel moyen brut de suicide, entre 1995 et 1999 pour ce groupe d'âge, est de 12,4 pour 100 000 jeunes au Québec, alors qu'en Estrie, il est de 22,8 pour 100 000 jeunes.

LES ADULTES ET LES PERSONNES ÂGÉES

Plusieurs problèmes d'adaptation et d'intégration sociale rencontrés à l'adolescence ou dès l'enfance affectent également les adultes et les personnes âgées.

Consommation de drogues et d'alcool

Il en va ainsi de la consommation d'alcool qui tend à augmenter chez ces personnes et qui est associée, lorsqu'elle est excessive, à de nombreux problèmes sociaux et de santé. Bien qu'elle soit plus difficilement quantifiable, la consommation de drogues demeure également préoccupante chez les adultes. En ce qui a trait à la consommation de médicaments psychotropes, elle serait particulièrement importante au sein de la population féminine – notamment chez les personnes âgées – et souvent inappropriée.[68]

Selon les données de l'ESCC de 2000-2001, 6,2 % de la population de 15 ans et plus en Estrie, soit 10,2 % des hommes et 2,3 % des femmes, ont consommé quatorze consommations ou plus au cours de la semaine précédant l'enquête. Ces proportions sont sensiblement les mêmes que celles de l'ensemble du Québec.

Santé mentale

Plusieurs adultes rapportent un niveau élevé de détresse psychologique, la proportion étant plus grande chez les femmes, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou ont un faible revenu. Malgré le fait que cette proportion ait diminué au cours des dernières années, il y aurait une augmentation des conséquences négatives chez ces personnes. En effet, elles seraient affectées pendant une plus longue période de temps et peu d'entre elles consulteraient un professionnel ou une professionnelle pour parler de leur état.[69] Quant aux facteurs de risque, ils ont notamment trait aux caractéristiques personnelles, au fait d'être confronté à des événements stressants comme par exemple, une maladie chronique, le deuil d'un proche, une séparation, un divorce ou la perte d'un emploi et certaines conditions de vie.

> En 1998, 20 % de la population du Québec contre 18 % de celle de l'Estrie âgée de 25 à 44 ans et 19 % de la population du Québec contre 16 % de celle de l'Estrie âgée de 45 à 64 ans se classaient dans la catégorie où le niveau de détresse psychologique est élevé.
>
> L'augmentation de la prévalence des idées suicidaires, enregistrée au cours des dernières années au Québec, de 3,1 % en 1987 à 3,9 % en 1998 et la tendance observée en Estrie où l'on passe de 3,1 % en 1987 à 4,5 % en 1998, laisse croire que le phénomène ne s'améliore pas. Cette prévalence ne serait pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes, malgré que les actes de suicide réussis sont plus souvent chez les hommes. Quant à la prévalence des tentatives de suicide, elle est estimée à 5 personnes pour 1 000.[70]

Depuis le début des années 90, une augmentation du taux de suicide est observée parmi la population adulte des deux sexes, et ce, dans tous les groupes d'âge.[71] Le problème serait cependant plus important chez les hommes de moins de 50 ans;[72] le Québec présentant un des plus hauts taux de mortalité masculine par suicide parmi les pays industrialisés. Les troubles mentaux, dont la dépression et l'abus de substances psychoactives, sont, parmi les facteurs de risque connus, ceux dont l'association avec le suicide et les comportements suicidaires s'est révélée la plus forte. Il ne s'agit toutefois pas des seuls facteurs associés au risque de suicide; d'autres, liés au milieu social et familial, à l'environnement ainsi qu'à des événements circonstanciels, sont également à prendre en considération.[73]

En 1998-1999, les taux ajustés de mortalité par suicide étaient de 32,0 pour 100 000 chez les Québécois et de 8,7 chez les Québécoises contre 33,3 chez les Estriens et 6,6 chez les Estriennes.

Violence

La violence envers les femmes demeure un problème important, particulièrement celle qui se produit dans un contexte conjugal. Entre 1997 et 2000, le nombre de cas de femmes victimes de violence conjugale signalés a augmenté de 16 %. Les femmes victimes de violence conjugale composent 38 % de l'ensemble des femmes victimes de crimes contre la personne.[74] On estime que 34 % des Québécoises de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans.[75] Les situations de violence conjugale et d'agression sexuelle, qu'elles aient été vécues durant l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte, ont des conséquences à court et à long terme sur les personnes qui en sont victimes.

En Estrie, les femmes victimes de violence conjugale composent 40 % de l'ensemble des femmes victimes de crimes contre la personne.[76]

Abus et négligence

L'abus et la négligence à l'endroit des personnes âgées est un problème qui retient de plus en plus l'attention. Ce problème toucherait environ 4 % des personnes âgées vivant au sein d'un ménage ou vivant seules,[77] et entre 8 et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux.[78] Plusieurs facteurs liés au contexte socioéconomique ou à la famille sont associés aux situations d'abus.[79]

Perte d'autonomie

Enfin, la perte d'autonomie est un autre problème susceptible d'entraver l'intégration sociale des personnes âgées. Ainsi, on estime la prévalence de la perte d'autonomie, liée à une incapacité, à 18 % chez les personnes de 65 à 74 ans et à 39 % chez les personnes de 75 ans et plus.[80] Outre les maladies chroniques, principales causes d'incapacité et de dépendance chez les personnes de 65 ans et plus, d'autres facteurs de risque, comme

l'inactivité physique, la malnutrition, l'isolement social, la consommation d'alcool, la consommation inappropriée de médicaments ainsi que les chutes, risquent d'affecter l'autonomie des personnes âgées.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, autant du Québec que de l'Estrie :

- environ 65 % sont inactives physiquement;
- près de 50 % se nourrissent de façon inadéquate, c'est-à-dire consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- près de 30 % ont un niveau faible de soutien social global;
- quelque 5 % consomment régulièrement de l'alcool à un niveau jugé à risque pour la santé, soit quatorze consommations ou plus par semaine;
- sur une période d'un an, environ le tiers font des chutes qui occasionnent des blessures assez sérieuses pour limiter les activités normales de la vie.[81]

DOMAINE
Habitudes de vie et maladies chroniques

LES PROBLÈMES

Le domaine d'intervention portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques traite des affections de ce type, soit les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité, auxquelles s'ajoutent les maladies buccodentaires ainsi que leurs déterminants. Ces maladies sont en partie évitables par des activités axées principalement sur des déterminants communs, en particulier trois habitudes de vie, soit le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Toutes ces maladies se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et une durée prolongée, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité.[82] Dans certain cas, seul le dépistage primaire ou opportuniste est disponible pour prévenir la maladie.

Maladies cardiovasculaires

Le taux de mortalité (taux ajustés pour tenir compte de l'âge; la population de référence est celle de 1996) par maladies cardiovasculaires est en décroissance notable depuis plus de vingt ans;[83] cette décroissance serait moins marquée chez les femmes (lorsque l'on considère les taux bruts de mortalité non ajustés selon l'âge). Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Estrie comme au Québec avec près de 36 % des décès. Elles devancent les tumeurs (29 %), les maladies de l'appareil respiratoire (9 %), les traumatismes non intentionnels (4 %) et les maladies de l'appareil digestif (4 %). Ce constat est vrai pour toutes les MRC de l'Estrie, sauf pour la MRC d'Asbestos où les tumeurs (35 %) devancent les maladies de l'appareil circulatoire (33 %). Au chapitre de la morbidité hospitalière, les maladies cardiovasculaires se classent bonnes premières avec environ 20 % des hospitalisations en Estrie et au Québec. En plus du tabagisme et de la sédentarité, on reconnaît l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité comme des facteurs de risque très importants de ces maladies.[84] Un enfant sur quatre présente, déjà à l'âge de 9 ans, un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires.[85]

Entre 1986-1988 et 1998-1999, le taux ajusté de mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué du tiers, et ce, en Estrie comme au Québec. Au cours de cette période, toutes les MRC de l'Estrie ont connu une baisse à peu près similaire. En Estrie, le taux ajusté de mortalité est passé de 335,7 à 222,1 par 100 000 personnes. Au Québec, il est passé de 347,1 à 230,4 par 100 000 personnes. Le tableau suivant illustre cette tendance pour l'Estrie et chacune de ses MRC.

Taux ajusté de mortalité par MCV (taux par 100 000 personnes), Estrie et MRC, 1986–1988, 1998-1999

MRC	1986-1988	1998-1999
Le Granit	346,3	221,7
Asbestos	337,5	206,9
Le Haut-Saint-François	350,0	251,8
Le Val-Saint-François	351,0	230,5
Coaticook	277,6	174,7
La Région-Sherbrookoise	321,8	213,2
Memphrémagog	373,8	252,6
ESTRIE	**335,7**	**222,1**

Source : Système intégré d'information de santé publique en Estrie (SIISP)

Cancers

Dans moins de dix ans, les cancers pourraient se classer au premier rang des causes de mortalité, le vieillissement de la population étant le principal facteur explicatif de cette tendance.[86] Au Québec, l'incidence annuelle des cancers est d'environ 34 000 cas et on estime à plus de 16 000 le nombre de décès attribuables à cette maladie chaque année.[87] Le tableau suivant présente ces données pour l'Estrie et chacune de ses MRC.

Incidence (nouveaux cas) des cancers et décès attribuables à cette maladie, moyenne des années 1995 à 1997, Estrie et MRC

MRC	Nouveaux cas	Décès
Le Granit	106	48
Asbestos	94	52
Le Haut-Saint-François	104	52
Le Val-Saint-François	133	60
Coaticook	69	33
La Région-Sherbrookoise	621	287
Memphrémagog	234	99
ESTRIE	**1 361**	**631**

Source : Système intégré d'information de santé publique en Estrie (SIISP)

Les taux globaux de mortalité par différents cancers[88] restent stables ou diminuent dans l'ensemble de la population sauf pour certains cancers lorsque l'on examine les données selon le sexe; par exemple, le taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes a triplé entre 1977 et 1998, conséquence directe de l'augmentation de la prévalence du tabagisme. Les cancers ciblés ici sont ceux, parmi les plus fréquents, dont l'incidence peut être diminuée par l'adoption de saines habitudes de vie ou pour lesquels l'efficacité des tests de dépistage a été démontrée.

Taux ajustés de mortalité (par 100 000 personnes) et les nombres annuels moyens de décès attribuables à différents cancers ciblés, 1998-1999, Estrie et Québec

Cancers	Taux ajustés de mortalité		Nombre annuel de décès	
	Estrie	Québec	Estrie	Québec
Trachée, bronches, poumon	58,4	64,1	188	4 980
Sein	23,4	28,8	44	1 278
Prostate	27,8	26,6	36	775
Côlon et rectum	26,0	25,9	86	2 032
Col utérin	1,8*	2,2*	nd	88**

Source : Système intégré d'information de santé publique en Estrie (SIISP)

* Les taux ajustés de mortalité par tumeur maligne du col utérin sont calculés sur la moyenne des années 1996 à 1998.

** Nombre calculé pour l'année 1998.

La différence entre les taux ajustés de l'Estrie et du Québec n'est pas statistiquement significative. L'examen des données par territoire de MRC révèle également qu'aucune MRC de l'Estrie ne s'écarte significativement du Québec.

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (emphysème et bronchite chronique) atteignent un nombre croissant de personnes et entraînent une diminution considérable de la qualité de vie. En 2000-2001, la prévalence de l'asthme chez les 12 ans et plus était d'environ 9 % au Québec contre 6 % en Estrie, alors que celle de la maladie pulmonaire obstructive chronique se situait autour de 1 % chez les 30 ans et plus du Québec ou de l'Estrie. Le taux de mortalité par MPOC a presque doublé entre 1977 et 1998; il a fortement augmenté jusqu'au milieu des années 1980, essentiellement avec la progression constante de la mortalité par cette maladie chez les femmes, l'usage du tabac étant la principale cause sous-jacente.[89]

En Estrie comme au Québec, le taux ajusté de mortalité par MPOC s'est stabilisé autour de 37 par 100 000 personnes depuis dix ans. En 1998-1999, aucune des MRC de l'Estrie n'affichait un taux statistiquement différent de celui du Québec.

Diabète

En 1999-2000, la prévalence ajustée du diabète diagnostiqué était de 4,9 % chez les personnes de 20 ans et plus au Québec contre 4 % en Estrie, une différence statistiquement significative.[90] Presque toutes les MRC de l'Estrie affichent une prévalence ajustée inférieure à celle du Québec, sauf la MRC de Coaticook qui présente un taux comparable à celui de la province. En Estrie, on dénombre environ 9 428 personnes avec un diagnostic de diabète. Le diabète de type 2, celui qui touche surtout les adultes âgés de plus de 45 ans, représente 90 % de tous les cas diagnostiqués de diabète. Cette maladie peut conduire à de nombreuses complications, dont les risques de cardiopathies, de néphropathies et d'accidents cérébraux. Or, on estime qu'environ le tiers des personnes atteintes de diabète ignorent qu'elles le sont.[91]

Nombre de personnes âgées de 20 ans ou plus avec un diagnostic de diabète selon le sexe et prévalence ajustée, Québec, Estrie et MRC, 1999-2000

MRC	Femmes	Hommes	Total	Prévalence ajustée en %
Le Granit	345	287	632	3,5
Asbestos	289	327	616	4,1
Le Haut-Saint-François	377	363	740	4,1
Le Val-Saint-François	438	497	935	4,1
Coaticook	301	314	615	4,9
Memphrémagog	608	716	1 324	3,6
Région-Sherbrookoise	2 274	2 292	4 566	4,1
Estrie	**4 632**	**4 796**	**9 428**	**4,0**
Québec	**139 525**	**139 375**	**278 900**	**4,9**

Source : Système national de surveillance du diabète, INSPQ

Obésité

L'obésité est également une maladie chronique en forte croissance[92] elle est qualifiée d'épidémique au Canada et ailleurs dans le monde, tant chez les enfants que chez les adultes.[93] Cette maladie, en plus de constituer un facteur de risque en ce qui concerne le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, est associée à l'hypertension.[94]

> La proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus ayant un excès de poids est passée d'environ 19 % à 28 % entre 1987 et 1998, autant en Estrie qu'au Québec. Chez les 20-64 ans, en 2000–2001, 30 % présentaient un excès de poids.

Ostéoporose

L'ostéoporose est l'une des principales maladies musculo-squelettiques. Cette maladie atteint, au Canada, 30 % des femmes et 10 % des hommes après 65 ans, et 50 % des femmes et 25 % des hommes après 75 ans.[95] L'ostéoporose constitue un facteur de risque très important pour ce qui est des fractures chez les personnes âgées. Au Québec, en 1999-2000, environ 6 000 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été hospitalisées pour une fracture de la hanche suite à une chute accidentelle, soit 4 700 femmes et 1 300 hommes.

En Estrie, pour la même année, on décompte 300 cas, soit 220 femmes et 80 hommes qui ont été hospitalisés pour la même raison.

> Avec un taux d'hospitalisation de 765 sur 100 000 personnes âgées en Estrie contre 678 sur 100 000 personnes âgées au Québec pour fracture de la hanche suite à une chute, il semble que le problème soit plus prévalent en région.

Santé buccale

Enfin, la carie dentaire et les maladies parodontales, maladie des tissus de soutien des dents, sont les maladies buccodentaires les plus fréquentes.[96]

> Au Québec, la carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population, dont 39 % des enfants de 5 ans, 56 % des enfants de 7 et 8 ans (52 % en Estrie) et 75 % des jeunes de 14 ans.

LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Plusieurs facteurs influencent l'apparition et le développement des maladies chroniques présentées ci-dessus. Ils sont biologiques (ex. : les caractéristiques génétiques), individuels (ex. : l'âge), psychosociaux et comportementaux (ex. : le sentiment de maîtriser sa vie, le soutien affectif et les habitudes de vie) ou environnementaux (ex. : les conditions de vie, l'accès aux ressources – dont les services de santé – et l'environnement physique) et leurs effets sont souvent interreliés. Les personnes de milieu défavorisé sont davantage affectées par les maladies chroniques, ces maladies expliquant une proportion importante des écarts d'espérance de vie entre les personnes les plus favorisées et celles qui sont les moins favorisées sur les plans social et économique.[97]

Le tabagisme, de mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité, qui sont des habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques, représentent les trois premières causes directes de la mortalité toutes causes confondues, le tabagisme étant la cause évitable de mortalité précoce la plus importante.[98] Plus particulièrement, 65 % des cancers seraient attribuables au tabagisme, à une alimentation déséquilibrée et à la sédentarité,[99]

alors que l'excès de poids, qui peut aller jusqu'à l'obésité, contribuerait, par exemple, à 51 % des cas de diabète de type 2, à 27 % des cas de cancers de l'endomètre et à 18 % des maladies coronariennes au Canada.[100]

Des études montrent qu'il y a place à l'amélioration en ce qui concerne ces déterminants communs tels le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. En effet, en 2001, environ le tiers de la population du Québec ou de l'Estrie âgée de 15 ans ou plus sont des fumeuses et fumeurs réguliers ou occasionnels, soit 30 %, une proportion en baisse toutefois depuis 1987 alors qu'elle était à près de 40 %.[101] L'usage de la cigarette chez les jeunes du secondaire, du Québec comme de l'Estrie, se situe à environ 29 % en 2000.[102] Ajoutons que la fumée du tabac affecte également les non-fumeuses et non-fumeurs qui y sont exposés.

Proportion de fumeuses et fumeurs actuels dans la population de 15 ans et plus, 2000-2001

	Estrie	Québec
Hommes	32,6 %	32,0 %
Femmes	26,7 %	28,4 %
TOTAL	29,6 %	**30,2 %**

Source : ESCC 2000-2001

Usage de la cigarette (fumeuses et fumeurs actuels) chez les élèves du secondaire, 2000

	Estrie*	Québec**
Garçons	25,7 %	24,7 %
Filles	34,3 %	33,4 %
TOTAL	**30,1 %**	**29,0 %**

*Enquête sur le statut tabagique parmi les élèves du secondaire en Estrie, Régie régionale de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, 2000

**ISQ, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000

Pour ce qui est de l'alimentation, on a observé, chez les adultes qui ont entre 18 et 74 ans, une consommation insuffisante de plusieurs produits alimentaires recommandés,[c] notamment les fruits, les légumes et les produits céréaliers à grains entiers, des apports nettement insuffisants de plusieurs éléments nutritifs ainsi qu'un apport trop élevé en matières grasses.[103] Ces habitudes alimentaires, combinées à la sédentarité, peuvent

[c] Une des recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* est la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et légumes. En 1990, près de la moitié de la population québécoise ne respectait pas cette norme.

conduire à l'excès de poids, un facteur de risque dans le cas de plusieurs maladies chroniques. La proportion des personnes de 20 à 64 ans qui présentent un excès de poids a augmenté de 45 % entre 1987 et 1998, passant de 20 % à 28,9 %, et ce, autant au Québec qu'en Estrie.[104]

> Au Québec, selon l'ESCC de 2000-2001, 58 % de la population âgée de 12 ans ou plus consomment quotidiennement moins de cinq portions de fruits et légumes comparativement à 53 % en Estrie.

L'une des barrières majeures à une alimentation équilibrée est la capacité des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. En 1998, on estimait que 8 % des ménages ont vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année, dont 23 % étaient des familles monoparentales,[105] tandis que plus de 10 % des jeunes ne mangeaient pas suffisamment. En Estrie, environ 22 000 personnes souffrent d'insécurité alimentaire, soit environ 8 % de la population.[106] Cette situation illustre bien que les habitudes de vie ne sont pas simplement le résultat d'un choix individuel ou d'une maîtrise personnelle des conditions qui permettent de faire des choix éclairés en faveur de la santé, mais que les environnements social, économique et physique déterminent en grande partie ces choix et ces conditions.

↳Sédentarité

Enfin, en ce qui concerne la sédentarité, la proportion des personnes de 15 ans et plus considérées comme « très peu ou pas actives » durant leurs loisirs ou pour leurs déplacements est passée de 17,4 % à 21,3 % entre 1993 et 1998.[107] De plus, 46,5 % d'entre elles n'atteignent pas le niveau recommandé par les experts, soit 30 minutes de pratique régulière d'activité physique modérée par jour.

> L'ESCC, réalisée en 2000, nous indique que 59 % de la population québécoise de 12 ans et plus et 64 % de celle de l'Estrie ont un indice d'activités faible durant leurs activités de loisirs.

Chez les jeunes de 13 ans, environ 57 % des garçons et 71 % des filles n'adhèrent pas aux recommandations de pratique de Kino-Québec; chez les jeunes de 16 ans, ces chiffres s'élèvent à 60 % pour les garçons et 79 % pour les filles.[108]

DOMAINE
Traumatismes non intentionnels

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention se rapportant aux traumatismes non intentionnels regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables.[109] Bien que, de façon générale, la proportion des décès liés aux traumatismes non intentionnels ait diminué au cours des dernières années, cette cause de mortalité demeure importante au Québec et en Estrie (4 à 5 % des décès). Ce sont avant tout les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi que les gens vivant dans les régions les moins urbanisées qui en sont le plus souvent victimes.[110] Les traumatismes non intentionnels viennent au troisième rang pour ce qui est des principales causes d'années potentielles de vie perdue.[111] De plus, ces traumatismes occasionnent des limitations d'activité, de nombreuses consultations auprès de professionnels et professionnelles de la santé et une forte consommation de services dans les établissements de soins de courte durée.

Traumatismes routiers

Malgré les progrès observés au cours de la dernière décennie, les traumatismes routiers, qu'ils surviennent sur la voie publique ou en dehors de celle-ci, continuent à faire de nombreuses victimes. En 1999, ce type de traumatisme occupait le premier rang pour la mortalité par traumatismes non intentionnels.[112] On compte un grand nombre de victimes parmi les occupants de véhicules à moteur, les cyclistes, les motocyclistes, les piétons, les conducteurs de véhicules tout-terrain et de motoneiges. Alors que les décès de piétons sont davantage concentrés chez les personnes de 65 ans et plus,[113] les décès dus aux autres traumatismes routiers concernent particulièrement les jeunes de moins de 30 ans. Les blessures mortelles ou graves observées chez les usagers des réseaux routiers sont associées à un grand nombre de facteurs de risque, dont les principaux sont la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, la vitesse excessive, l'aménagement routier déficient et la faible utilisation d'équipements protecteurs comme par exemple la ceinture de sécurité chez les passagers de véhicule à moteur et le casque chez les cyclistes.

En 1999, les traumatismes routiers ont causé 729 décès au Québec, dont 40 en Estrie (1,8 % de tous les décès en Estrie). Le nombre annuel de décès est en baisse au Québec et en Estrie. Au début des années 90, il atteignait, par année, près de 1 000 au Québec et 50 en Estrie.

De 1995 à 1999, chaque année un peu plus du tiers (15 sur 42) des décès concernait les résidents de la Région-Sherbrookoise, qui représentent la moitié de la population de l'Estrie. Le nombre de décès annuel dans les autres MRC est de 3 à 5 par année, sauf pour la MRC du Granit où il atteint 8 par année.

Chutes

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatisme non intentionnel.[114] Les taux de mortalité indiquent également qu'après avoir été relativement stables entre 1985-1987 et 1994-1996, les décès par chutes ont connu une légère hausse.[115] Les personnes qui ont plus de 65 ans en sont les principales victimes. De plus, les chutes représentent 40 % des hospitalisations pour traumatisme non intentionnel, soit la principale cause de toutes les hospitalisations,[116] et ce, pour tous les groupes d'âge. Les facteurs de risque les plus fréquents des chutes chez les personnes âgées sont un mauvais équilibre, une faible coordination musculaire, l'utilisation de médicaments psychotropes et les dangers présents dans leur environnement immédiat, comme par exemple, un mauvais entretien des trottoirs l'hiver;[117] à ces causes s'ajoute le fait d'avoir déjà chuté.[118] D'autres facteurs ayant un lien avec les habitudes de vie des personnes, notamment la malnutrition,[119] contribueraient à faire en sorte que les personnes âgées courent plus de risques de faire des chutes, lesquelles entraînent des blessures et une réduction de leur autonomie.

En 1999, 648 décès par chutes ont été enregistrés au Québec, dont 35 en Estrie. On observe une tendance à la hausse depuis quelques années.

De 1995 à 1999, une majorité (60 %) des personnes décédées demeurait dans la MRC de la Région-Sherbrookoise.

Les victimes sont très majoritairement des personnes âgées de 75 ans ou plus : 80 % au Québec et 88 % en Estrie, en 1998-1999.

Autres traumatismes à domicile

Plus du tiers des traumatismes non intentionnels surviennent à domicile, le domicile étant le lieu où les jeunes de moins de 15 ans et les adultes de 45 ans et plus se blessent le plus fréquemment. Outre les chutes, qui sont responsables de plus de la moitié des blessures à domicile, d'autres types de traumatismes non intentionnels surviennent à domicile et méritent une attention particulière.[120] Ce sont :

- Les intoxications, qui sont responsables de plus de décès qu'auparavant dans la population québécoise.[121] Au Québec, de 1976-1978 à 1997-1998, le taux de mortalité par intoxications non intentionnelles est passé d'environ 0,5 cas à 1,6 cas par 100 000 personnes. Elles surviennent principalement par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament, l'accessibilité à de tels produits constituant le principal déterminant de la survenue de ces intoxications.
- Les blessures par brûlures, qui sont associées principalement à l'absence d'un avertisseur de fumée fonctionnel, au type de logement occupé (ex : une maison de chambre), à l'utilisation d'un système de chauffage d'appoint, au fait de fumer en état d'ébriété, à la température de l'eau du robinet et à l'inflammabilité des vêtements.
- La suffocation, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étrangers, qui sont attribuables, entre autres causes, au développement incomplet de certaines structures anatomiques dues au jeune âge, à une mauvaise dentition ainsi qu'à des maladies affectant la coordination motrice et les fonctions mentales.

Traumatismes récréatifs ou sportifs

Les traumatismes d'origine récréative ou sportive constituent une autre catégorie de traumatismes responsables de décès et de blessures graves;[122] ils touchent particulièrement les jeunes hommes de 15 à 19 ans. Outre les traumatismes liés à l'utilisation de la motoneige, de la bicyclette et du véhicule tout-terrain, souvent considérés comme des traumatismes routiers, ce sont les traumatismes attribuables à des activités aquatiques ainsi que les collisions et les chutes au cours d'activités sportives qui sont responsables de la plupart des décès ou des hospitalisations par traumatismes d'origine récréative ou sportive.[123] De 7 à 8 % des hospitalisations pour traumatismes avec blessures sont la conséquence d'activités de loisir ou de sport, et ce, pour le Québec et l'Estrie. Les facteurs de risque sont, notamment : le fait de ne pas porter d'équipement de protection, la

consommation d'alcool, l'absence de règles de sécurité ou de contrôle portant sur les aménagements ainsi que le type d'appareils de jeu ou la conception de ces appareils.

> De 1999 à 2001, on rapporte en moyenne chaque année 3 719 hospitalisations au Québec et 183 hospitalisations en Estrie pour des traumatismes récréatifs ou sportifs. La moitié de ces personnes ont 25 ans ou moins.

DOMAINE
Maladies infectieuses

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

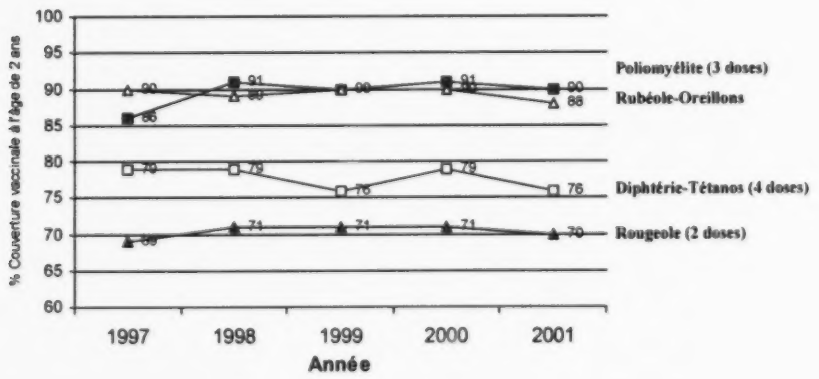
Le domaine des maladies infectieuses vise un éventail de maladies diverses caractérisées par le fait d'être causées par des agents biologiques : virus, bactéries ou protozoaires. Ces maladies sont importantes pour la Santé publique parce que quelques-unes sont évitables par l'immunisation, quelques-unes sont graves et, en absence de mesures adéquates de contrôle, peuvent se propager au sein de la population. Finalement, plusieurs agents causaux peuvent muter, donnant lieu à de nouvelles maladies.

LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

↳Diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche, *Haemophilus influenzae*, tétanos

La diphtérie et la poliomyélite ne se rencontrent plus au Québec; elles sont cependant encore présentes ailleurs dans le monde. En conséquence, pour protéger la population québécoise contre la propagation de ces maladies à partir des cas importés, il faut continuer à l'immuniser en plus de maintenir la vigilance. La rougeole, la rubéole, les oreillons, la coqueluche et les infections à *Haemophilus influenzae* de type b sont maintenant contrôlés par l'immunisation[124] bien que des cas isolés et des éclosions puissent toujours survenir. D'ailleurs, en 2000, une éclosion de rougeole a frappé 29 personnes dans une communauté dont le taux de vaccination était faible.[125] La bactérie qui cause le tétanos sera toujours présente dans l'environnement. Par contre, on peut se protéger contre le tétanos en maintenant à jour ses immunisations contre la toxine produite par cette bactérie.

Ensemble de la région 05



Méningocoque

Le méningocoque peut être présent sur les muqueuses du nez ou de la gorge sans toucher à la santé de la personne. Par contre, à de rares occasions, elle traverse les muqueuses pour causer la septicémie ou la méningite. Toutes les deux peuvent être graves et, dans le pire des cas, la mort peut survenir quelques heures après les premiers symptômes. Plusieurs souches de méningocoque existent dans la population québécoise dont la plus fréquente est le sérogroupe C. Cette souche avait causé une épidémie de 57 cas en 2001, et ce, après plusieurs années d'incidence faible[126] puisqu'on avait procédé à une campagne de vaccination massive en 1993.

> En 2001, un type de ménincogoque de sérogroupe C a engendré une éclosion de la méningococcie. Cette éclosion, en même temps que l'arrivée d'un vaccin efficace, a déclenché une campagne de vaccination qui a rejoint plus de 63 000 jeunes en Estrie.

Varicelle

La varicelle touche 90 % des enfants avant l'âge de 10 ans. Pour la plupart, la maladie est bénigne, mais des cas rares ont des séquelles graves ou en décèdent. Après une première infection, dans 10 à 20 % des cas, le virus en question peut revenir plus tard dans la vie sous forme de zona, une maladie souvent douloureuse qui peut entraîner des pertes de vision ou autres séquelles à long terme. Un vaccin est maintenant disponible et pourrait être généralisé à la population infantile d'ici quelques années.

> En Estrie, à chaque année, environ 30 personnes sont hospitalisées avec varicelle ou zona, dont presque la moitié ont moins de 15 ans.

Infections à pneumocoque

Malgré son nom, qui nous laisse penser à la pneumonie, le pneumocoque peut infecter plusieurs parties du corps incluant les poumons, les méninges pour causer la méningite, le sang pour causer le septicémie et les voies respiratoires supérieures pour causer l'otite ou la sinusite. Les infections à pneumocoque sont fréquentes,[127] surtout chez les enfants, et

peuvent entraîner des effets graves. Au Québec, à chaque année, le pneumocoque cause environ 5 000 hospitalisations,[128] dont 12 % résulteront en un décès.[129]

> Durant l'année 2000-2001, en Estrie, 143 hospitalisations ont été imputées au pneumocoque.

Influenza

L'influenza, communément appelée la grippe, est également très fréquente.[130] En temps ordinaire, les complications sérieuses et les décès causés par l'influenza touchent surtout les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées. Une des caractéristiques du virus qui cause l'influenza est sa capacité de muter d'une année à l'autre. Ainsi, à tous les deux à six ans, on vit une année épidémique où il y a une augmentation du nombre de personnes touchées. Par contre, une grande mutation du virus, survenant à environ tous les 30 ans, donne lieu à une pandémie, un événement mondial touchant une grande proportion de la population et qui risque d'atteindre gravement même les jeunes en bonne santé.

> Au Québec, on estime que la grippe touche 300 000 à 500 000 personnes en épidémie saisonnière. Entre 10 000 et 50 000 de ces personnes sont hospitalisées et 1 000 à 1 500 décèdent des complications. En Estrie, ce sont donc autour de 16 000 personnes qui seraient atteintes, 1 200 hospitalisées et 50 personnes en décèdent.

Hépatite B

L'hépatite B est une maladie du foie évitable par l'immunisation pour laquelle il n'y a pas de traitement satisfaisant.[131] En phase aiguë, c'est souvent sérieux et la maladie peut entraîner la mort. Près de 10 % des adultes qui la contractent deviennent « porteurs » chroniques de la maladie, et peuvent alors la transmettre aux autres. Parmi ces porteurs, 25 % développeront une cirrhose du foie, dont une certaine proportion qui développera un cancer du foie.

L'hépatite B aiguë est plutôt rare. En 2000, au Québec, on a déclaré 2,5 nouveaux cas par 100 000 personnes. En Estrie, le taux moyen annuel est également de 2,5 nouveaux cas pour 100 000 personnes.

Hépatite A

L'hépatite A et plusieurs autres maladies, qui atteignent plutôt les voyageurs à l'étranger, sont également évitables par l'immunisation. En 2000, 102 cas d'hépatite A ont été déclarés au Québec.

LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)/SIDA ET L'HÉPATITE C

VIH/Sida

Au 31 décembre 2000, un total de 5 860 cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ont été déclarés au Québec depuis le début de l'épidémie.[132] Cette maladie transmissible par le sang et par contact sexuel touche surtout quatre groupes : les hommes de communauté gaie, les utilisateurs de drogues injectables, les prostitués et les prostituées ainsi que les personnes immigrant de pays où la maladie est fréquente. Au début de l'épidémie, dans la communauté gaie, les efforts en prévention ont réussi à modifier certains comportements à haut risque. Ensuite, on a développé des traitements capables de retarder l'apparition du sida chez les personnes infectées par le VIH. Pour ces raisons, entre autres, le nombre de nouveaux cas de sida déclarés à chaque année au Québec est à la baisse.[133] Par contre, les indices nous mènent à croire que le nombre de personnes infectées par le VIH continuera à augmenter. Ces personnes sont prises par des problèmes psychologiques, sociaux et financiers liés à leur état.

Toutefois, le sida demeure une cause importante de la mortalité chez les hommes de 30 à 39 ans.[134]

Au Québec, en 1995, il y avait 531 nouveaux cas de sida; en 1999, il y en avait 93. En Estrie, pour toute la période 1990 à 2000, on a observé 43 cas de sida; aucun cas n'a été déclaré en 2000.

Environ 16 000 personnes au Québec seraient infectées par le VIH. La prévalence pour la ville de Montréal est 8 fois celle d'ailleurs au Québec.[135]

Hépatite C

L'hépatite C est une infection virale du foie transmissible par le sang. Elle peut entraîner la cirrhose et le cancer du foie.[136] L'infection touche déjà environ 40 000 personnes au Québec : entre 3 000 et 4 000 cas sont dépistés chaque année, et en moyenne 100 cas par année en Estrie depuis 1999. Suite au contrôle de la transmission par donateur de sang, la majorité des nouveaux cas surviennent chez les utilisateurs de drogues injectables. Par ailleurs, on détecte le virus de l'hépatite C chez 30 à 60 % des personnes infectées par le VIH.

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Chlamydiose et gonorrhée

Le chlamydiose est l'infection transmissible sexuellement la plus répandue au Québec. La population des jeunes femmes de 15 à 24 ans est la plus à risque. La gonorrhée est moins fréquente. Elle survient surtout dans des petites éclosions associées à un noyau de transmission. Il existe des traitements efficaces pour le stade aigu de ces infections. Par contre, si l'infection n'est pas diagnostiquée ou si le traitement est inadéquat, elles peuvent engendrer des complications, entre autres, l'infertilité. Effectivement, l'infection à *Chlamydia trachomatis* est la cause la plus fréquente d'infertilité chez les femmes.[137]

> Entre 1997 et 2001, le taux d'incidence annuel des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* est passé de 87 à 133 par 100 000 personnes au Québec et de 97 à 151 par 100 000 personnes en Estrie. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, le taux d'incidence moyen atteint 956 par 100 000 personnes au Québec et 1 230 par 100 000 personnes en Estrie.
>
> En 2001, au Québec, 831 cas de gonorrhée ont été déclarés, pour un taux d'incidence de 10,8 par 100 000 personnes. En Estrie, le taux moyen, de 1999 à 2001, est de 4,1 par 100 000 personnes.

Syphilis

La syphilis est devenue une maladie transmissible sexuellement plutôt rare, mais le nombre de nouveaux cas par année est passé de 3 en 1998 à 15 en 2001 au Québec; on a enregistré 6 nouveaux cas entre 2000 et 2002.[138] La syphilis, sans traitement adéquat en phase primaire, devient une maladie systémique entraînant des effets, entre autres, sur le système nerveux et le système cardiovasculaire. Une femme enceinte infectée peut transmettre l'infection à son fœtus, ce qui entraîne des conséquences graves pour l'enfant.[139]

LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens est un phénomène en progression partout dans le monde.[140] Presque tous les agents infectieux ont la capacité de développer la résistance aux antimicrobiens, incluant le pneumocoque,[141] le VIH, le gonocoque et l'agent causal de la tuberculose.[142]

> En 2000, 15 % des souches de pneumocoque, envoyées des centres hospitaliers sentinelles au programme de surveillance du Laboratoire de santé publique du Québec, sont résistantes à la pénicilline G, comparativement à 10 % en 1996. Vingt pour cent des souches de pneumocoque des centres hospitaliers sentinelles de l'Estrie sont résistantes à la pénicilline G.

Infections nosocomiales

La personne hospitalisée est à risque d'être atteinte par une infection transmise lors du séjour, dite infection nosocomiale.[143] Au Québec, on estime qu'on aurait environ 60 000 infections nosocomiales annuellement, soit environ 6 infections pour 100 admissions.[144] Pour l'Estrie, on compterait environ 2 500 infections nosocomiales; celles-ci augmentent la morbidité et la mortalité des personnes hospitalisées.

Parmi les infections nosocomiales, on observe des bactéries résistantes aux antimicrobiens, dont plusieurs sont résistantes à plus d'un antimicrobien. Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)[145] et les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)[146] sont reconnus dans plusieurs pays. En plus d'augmenter la morbidité et la mortalité des patients infectés, les moyens nécessaires pour le contrôle des éclosions peuvent menacer l'offre de service des centres hospitaliers atteints.

> La prévalence des SARM dans les laboratoires de microbiologie, qui était à moins de 1 % en 1995, est passée à 30 % en 2001, alors que la prévalence des ERV est considérée faible pour le moment.

La protection des personnes ayant besoin d'un don d'organe ou d'une transfusion de sang ou de produit sanguin exige des mesures de contrôle des infections transmises par ces moyens.[147]

↳Microorganismes à l'origine de toxi-infections hydriques ou alimentaires

Les microorganismes contaminant l'eau ou les aliments causent, entre autres, autour de 6 000 cas d'entérites par année au Québec, dont 300 en Estrie.[148]

↳Zoonoses

Plusieurs maladies transmissibles, dites les zoonoses, sont transmises aux humains par les animaux. La rage en est une létale, mais très rare chez les humains. Durant les dernières décennies, le Québec a connu un cas en 2000 :[149] c'était le premier cas au Canada depuis 1985 et le premier au Québec depuis 1964.[150] Les autres zoonoses tels que la fièvre Q, la tularémie, la brucellose, la psittacose et la trichinose sont moins grave que la rage, mais un peu plus fréquentes. En moyenne, au Québec, 39 cas de ces maladies sont déclarés par année,[151] dont 5 en Estrie. Le virus du Nil occidental est une zoonose récemment arrivée en Amérique du Nord. Jusqu'à maintenant, aucun cas humain n'a été déclaré en Estrie.

> La présence du virus du Nil occidental chez les oiseaux au Québec laisse présager que la population sera affectée dans les prochaines années.

Tuberculose

À l'échelle mondiale, la tuberculose est un vieux problème qui était en voie d'être vaincu dans le monde occidental par les meilleures conditions de vie de la population. Par contre, l'épidémie de VIH, un virus qui rend ses victimes plus susceptibles à la tuberculose, et l'émergence de résistance aux antibiotiques, ont mené à la résurgence de la tuberculose dans certaines populations vulnérables, surtout en lien avec la pauvreté. Au Québec, ces populations vulnérables se trouvent dans les régions du Nunavik, de Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal-Centre.

> Au Québec, le taux d'incidence annuel moyen, de 1996 à 1999, a été de 4,4 par 100 000 personnes. Le nombre de cas et le taux annuel ont atteint des creux historiques en 1998, avec 290 cas déclarés pour un taux de 4 par 100 000 personnes. En Estrie, entre 1990 et 2000, un total de 51 cas de tuberculose ont été déclarés.

DOMAINE
Santé environnementale

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention qui concerne la santé environnementale regroupe les problèmes de santé qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Les principaux problèmes sont : l'aggravation des maladies cardiorespiratoires occasionnées par la pollution de l'air et la chaleur accablante, les problèmes liés à la qualité de l'air intérieur, l'asthme allergique, la rhinite allergique, les problèmes liés à la qualité de l'eau, les cancers d'origine environnementale (peau, poumon et mésothéliome) ainsi que les intoxications d'origine environnementale.

Pollution atmosphérique

De nombreuses études épidémiologiques démontrent qu'une augmentation de la pollution atmosphérique (notamment par ozone, oxydes d'azote et de soufre, monoxyde de carbone et particules respirables) entraîne une augmentation du risque de mortalité prématurée, une augmentation significative de la mortalité moyenne quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi qu'une morbidité accrue chez les enfants et les personnes défavorisées vivant à proximité des zones polluées. Une plus grande concentration de l'ozone dans l'air aurait également des conséquences sur les maladies respiratoires.[152]

> Entre 1984 et 1993, à Montréal, l'augmentation de la mortalité moyenne quotidienne, au moment des « pics » de pollution atmosphérique, a été de 5 % chez les personnes atteintes de maladies respiratoires et de 4,2 % chez celles qui souffraient d'insuffisance cardiaque.
>
> Entre 1995 et 2001, les deux stations météorologiques de l'Estrie ont compilé 25 journées de « smog ».

Asthme

L'asthme est au onzième rang des problèmes de santé déclarés par la population du Québec. Cette maladie, dont la prévalence ne cesse d'augmenter depuis dix ans, engendre une augmentation des consultations médicales et une réduction d'activité.[153] Le lien entre les concentrations élevées d'aéroallergènes et l'apparition de l'asthme, chez les enfants particulièrement, est clairement démontré. Par ailleurs, 48,5 % des asthmatiques adultes ont ressenti leurs premiers symptômes avant l'âge de 5 ans.[154] Il est reconnu que la pollution de l'air extérieur et intérieur, y compris celle qui est causée par la fumée de tabac, est susceptible de contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de l'asthme et de provoquer des réactions allergiques. Toutefois, le contrôle des facteurs de risque environnementaux contribue à réduire la fréquence et la sévérité des crises.

Entre 1987 et 1998, la prévalence de l'asthme est passée de 2,3 à 5 % dans la population en général et de 3,4 à 6,6 % chez les moins de 15 ans.
Comparativement aux non-asthmatiques, les asthmatiques :

- consultent davantage un médecin au cours d'une période de deux semaines (24,4 % c. 14,1 %);
- sont davantage hospitalisés (15,2 % c. 14,1 %);
- subissent davantage de limitations de leurs activités (36 % c. 15,9 %).

Qualité de l'air

La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes d'hygiène et de salubrité dans certains bâtiments sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé comme l'asthme, les manifestations allergiques et irritatives, les intoxications aiguës et chroniques ou les cancers chez les personnes qui y vivent ou y travaillent, soit à cause de l'ampleur de l'exposition à des contaminants de l'air, soit parce qu'elles appartiennent à des populations vulnérables comme les individus souffrant d'atteintes respiratoires, les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes ayant 65 ans ou plus. Les principaux contaminants de l'air intérieur sont : la fumée de tabac, les produits de combustion (particules respirables, oxydes de carbone, autres produits de combustion du bois), les contaminants biologiques (moisissures), certains composés organiques volatils et le radon.[155]

Rhinite allergique

La rhinite allergique, inflammation des muqueuses nasales associée à une sensibilité aux aéroallergènes saisonniers, affecte de plus en plus de jeunes de 15 à 24 ans et d'adultes de 25 à 44 ans. Elle se situe au cinquième rang des problèmes de santé les plus fréquemment déclarés et a plus que doublé chez les personnes de 15 à 44 ans en une décennie.[156] Parmi les aéroallergènes saisonniers, le pollen de l'herbe à poux serait responsable à lui seul de 50 à 90 % de tous les cas de rhinite allergique.[157]

Contaminants cancérogènes

Même si le tabac est la principale cause des cancers du poumon, plusieurs autres contaminants cancérogènes sont présents dans l'environnement et peuvent contribuer à l'apparition de ce type de cancers. Les principaux contaminants cancérogènes sont : le radon (semble absent en Estrie), l'amiante et les hydrocarbures aromatiques polycycliques.[158]

> Environ 5 % des décès par cancer du poumon seraient attribuables à des expositions professionnelles et 2 % à des expositions environnementales. En Estrie, 195 personnes sont décédées du cancer du poumon; 10 de ces cancers seraient dus aux expositions professionnelles et 4 aux expositions environnementales.

Eau contaminée

L'ingestion d'eau contaminée et le contact avec une eau contaminée causent des problèmes de santé comme des gastro-entérites, des diarrhées épidémiques, des dermatites, des folliculites et des intoxications aiguës. Entre 1989 et 1999, 147 épidémies d'origine hydrique, affectant 3 600 personnes,[159] ont été rapportées au Québec. Des 51 épidémies rapportées entre 1996 et 1999, aucune n'a eu lieu en Estrie. La contamination de l'eau peut être attribuable à plusieurs causes, entre autres, des défaillances en ce qui concerne le traitement de l'eau ou l'entretien des réseaux de distribution ainsi que la pollution par les activités agricoles ou industrielles et par les eaux usées, domestiques ou industrielles. En 2001, on compte quatre petites éclosions.

Cancers de la peau

Les cancers de la peau sont les plus fréquents (37 %) de tous les cancers au Canada – si l'on compte les mélanomes et les épithéliomes – et ils sont en augmentation constante depuis au moins 25 ans au Québec.[160] Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisque de 50 à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des dix-huit premières années de la vie et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau.[161]

> Statistique Canada prévoyait, pour l'année 2001, 73 800 nouveaux cas de cancers de la peau au Canada. Au Québec, de 1983 à 1990, l'incidence de l'épithéliome a augmenté annuellement de 14,3 % chez les hommes et de 10,1 % chez les femmes, tandis que l'incidence du mélanome a augmenté de 10,9 % chez les hommes et de 6,4 % chez les femmes. En Estrie, le nombre de nouveaux cas de mélanome est plutôt stable, avec une moyenne de 18 cas par année entre 1996 et 1998. Les nouveaux cas des autres cancers de la peau ont connu une augmentation, passant de 87 cas par année entre 1986 et 1988 à 141 cas par année entre 1996 et 1998. Durant la décennie 1990-2000, le nombre annuel moyen de la population estrienne décédée du mélanome a été de 5 et celui des autres cancers de la peau de 2.

Intoxications environnementales

Les intoxications environnementales au monoxyde de carbone, aux hydrocarbures et aux pesticides sont les plus fréquentes; elles entraînent plusieurs décès et problèmes de santé importants. Dans les cas d'intoxication aux pesticides, 45 % des victimes sont des enfants de moins de 6 ans.[162]

Entre 1990 et 2000, on a enregistré chaque année 80 intoxications graves au monoxyde de carbone traitées en chambre hyperbare et 13 décès reliés à de telles intoxications ainsi que 1 200 appels au Centre Anti-poison du Québec. Les intoxications aux hydrocarbures et aux pesticides génèrent plus de 5 000 appels par année. En Estrie, de 1995 à 1999, 6 personnes sont décédées d'intoxication accidentelle à l'oxyde de carbone ou autre gaz utilitaire.

↳Métaux lourds

Certains métaux lourds, comme le plomb et le mercure, sont à l'origine d'intoxications affectant des populations vulnérables. Nos connaissances quant à l'importance de l'exposition des populations du Québec à ces contaminants sont cependant insuffisantes et doivent être approfondies.

Enfin, il faut noter que les changements climatiques et l'épuisement des écosystèmes ont des répercussions importantes sur la santé, et ce, de façon directe et indirecte. Certains problèmes de santé risquent ainsi d'être exacerbés et de nouveaux problèmes pourraient affecter la santé de la population.

DOMAINE
Santé au travail

Les ppoblèmes, les facteurs de risque et les déterminants

Le domaine d'intervention portant sur la santé en milieu de travail regroupe les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail ainsi que les problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles des milieux de travail. Il s'agit d'un domaine particulier où les acteurs de la santé publique interviennent principalement en vertu d'un contrat confié aux régies régionales de la santé et des services sociaux et aux CLSC par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), mais aussi en vertu d'un mandat de protection de la santé publique détenu par les directeurs et directrices de santé publique et le directeur national de santé publique. La CSST agit comme maître d'oeuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Les activités de la santé publique dans ce domaine sont les actions préventives prioritaires déterminées par la CSST, en collaboration avec ses partenaires. Par ailleurs, des problèmes en émergence sont aussi l'objet d'une attention particulière en santé publique. Enfin, le milieu de travail représente un lieu privilégié pour sensibiliser la population adulte, dans une optique de promotion de la santé et de prévention d'autres problèmes qui ne sont pas particuliers au milieu de travail.

Les problèmes visés par les interventions prioritaires déterminées par la CSST

Lésions musculo-squelettiques

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les lésions musculo-squelettiques sont la cause principale d'incapacités dans la population québécoise et une importante proportion de ces incapacités serait imputable aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail.[163] Pour l'année 2000, la CSST a consacré pas moins de 500 millions de dollars à l'indemnisation des travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques, ce qui représente plus de 40 % des coûts totaux d'indemnisation pour des lésions d'origine professionnelle.[164]

> En Estrie, le déboursé annuel atteindrait environ 20 millions de dollars. Trois cas sur huit de lésions professionnelles sont des lésions musculo-squelettiques (affections vertébrales et lésions en « ite », particulièrement les tendinites), soit environ 2 500 travailleurs et travailleuses par année, et ce, de 1997 à 2000.

Bérylliose

La bérylliose semble renaître sous sa forme chronique. Vers la fin de 1998, les premiers cas de bérylliose chronique ont été rapportés au Québec.

Silicose

La silicose représente un autre problème de santé physique attribuable au milieu de travail. Entre 1988 et 1997, la CSST a reconnu que 298 travailleuses et travailleurs étaient atteints d'une silicose; 40 % étaient employés dans des mines, 21 %, dans des fonderies et 10 % travaillaient la pierre. En Estrie, deux cas de silicose ont été reconnus de 1997 à 2000. Des cas de silicose accélérée ont aussi été répertoriés; il s'agit d'une forme de la maladie qui a la particularité de se présenter chez des travailleuses et travailleurs plus jeunes et ayant été exposés moins longtemps à la silice. La silicose accélérée est fortement associée à l'utilisation du procédé d'abrasion par jet de sable.[165]

Maladies reliées à l'amiante

Les maladies reliées à l'amiante sont les maladies pulmonaires les plus fréquemment indemnisées par la CSST et comptent, outre l'amiantose, certains cancers pulmonaires et des mésothéliomes. Les personnes souffrant de ces affections travaillaient principalement dans le secteur de la construction, dans celui de la réparation et de l'entretien de structures ou de produits contenant de l'amiante, dans des mines ou dans la transformation de l'amiante.[166]

> En Estrie, il s'agit très majoritairement de travailleurs et travailleuses de mines d'amiante.

Comme l'exposition à l'amiante est encore mal réglementée dans la construction et dans la transformation,[167] et que les maladies de l'amiante se développent après une latence de 20 à 40 ans, il est à prévoir que de nouveaux cas de ces maladies apparaîtront encore durant de nombreuses années.

> Entre 1988 et 1997, sur 691 travailleuses et travailleurs reconnus par la CSST, on retrouve 378 cas d'amiantose, 209 cas de cancers pulmonaires et 191 cas de mésothéliomes d'origine professionnelle.
>
> En Estrie, de 1997 à 2000, 26 travailleuses et travailleurs ont été reconnus par la CSST, dont 18 pour amiantose, 5 pour cancers pulmonaires et 3 pour mésothéliomes d'origine professionnelle, et de ce nombre, la moitié sont décédés.

↳Asthme

L'asthme d'origine professionnelle serait la maladie pulmonaire la plus fréquente dans les pays industrialisés, où on évalue que 15 % de tous les cas d'asthme seraient d'origine professionnelle.[168] La prévalence de l'asthme dans la population québécoise est de 5 %.[169] L'exposition à des agents sensibilisants comme les isocyanates, la farine et les protéines de crustacés serait à l'origine d'un grand nombre de cas d'asthme professionnel au Québec.[170]

> En Estrie, quatre cas d'asthme professionnel ont été reconnus entre 1997 et 2000.

↳Intoxications

Des intoxications en milieu de travail surviennent fréquemment. Le monoxyde de carbone (CO), l'hydrogène sulfuré (H_2S) et certains gaz irritants, comme l'ammoniac (NH_3), le dioxyde de soufre (SO_2) ou les oxydes d'azote (NO_x), sont les principaux agents responsables de ces intoxications. Ils sont la cause d'atteintes permanentes sévères, d'hospitalisations et parfois même de décès. Une moyenne de dix cas d'intoxication au CO sont traités annuellement en chambre hyperbare, un indicateur de la gravité de ces intoxications.[171] D'autres contaminants comme les pesticides, les solvants

organiques et le plomb sont la cause d'intoxications se manifestant généralement plus insidieusement, mais dont les conséquences sont loin d'être négligeables.[172] L'absence ou l'inefficacité des mesures de contrôle et de gestion des contaminants utilisés ou générés en milieu de travail comptent parmi les principaux facteurs qui contribuent aux intoxications professionnelles, notamment dans les cas d'utilisation de pesticides et de solvants organiques.

> En Estrie, pour la période de 1997-2000, on rapporte 13 cas reconnus d'intoxication au monoxyde de carbone et 25 cas reconnus d'intoxication à des gaz irritants.

↳Liquides biologiques

La fréquence des expositions professionnelles au sang et autres liquides biologiques est très mal connue. Comme plusieurs de ces expositions n'entraînent pas d'absentéisme au travail, elles ne sont pas toujours rapportées ni, par le fait même, incluses dans les statistiques de la CSST. Un projet de surveillance, le système d'information sur la surveillance des expositions au sang, a permis de comptabiliser 5 641 expositions au sang et autres liquides biologiques parmi les travailleurs et travailleuses de la santé de 16 centres hospitaliers de soins de courte durée, et ce, sur une période de cinq ans.[173]

Au Québec, les données préliminaires de la CSST se rapportant à des expositions à des agents biologiques suggèrent que 138 accidents de travail ont été rapportés en 1999 et 202 en 2000; environ 70 % de ces incidents sont des contacts potentiels avec le VIH.

↳Bacille de la tuberculose

Pour ce qui est des expositions accidentelles au *Mycobacterium tuberculosis*, 123 réclamations ont été acceptées par la CSST entre 1995 et 2000; une proportion importante des personnes qui les ont faites travaillaient dans des établissements du secteur de la santé et des services sociaux ou dans des centres de détention. Bien que les cas d'exposition aux risques biologiques soient sous-déclarés, cette forme d'exposition constitue néanmoins un problème important pour certains groupes de la population

En Estrie, quatre cas de tuberculose sont rapportés de 1997 à 2000, tous chez des travailleurs et travailleuses des services médicaux et sociaux.

Autres cancérogènes

Par ailleurs, plusieurs substances présentes en milieu de travail (arsenic, cadmium, amiante, chrome, nickel et ses composés, fumées d'hydrocarbures, etc.) s'avèrent cancérogènes. Cependant, toutes les substances reconnues comme cancérogènes au niveau international ne sont pas inscrites comme telles dans la réglementation québécoise. Des études estiment que de 5 à 40 % des cancers diagnostiqués, selon leur étiologie, seraient d'origine professionnelle.[174] Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumon) et de la vessie sont ceux qui entraînent le plus de décès.[175] Le mésothéliome, bien qu'il soit relativement rare, est probablement celui des cancers sentinelles[176] pour lesquels l'association avec une exposition professionnelle est la plus forte.

Bruit

Le bruit, un agresseur encore très présent dans les milieux de travail, est susceptible d'affecter la santé et même la sécurité des travailleurs et travailleuses. On estime que 20 % des cas de surdité chez l'adulte seraient attribuables au bruit en milieu de travail et pourraient survenir à la suite d'une exposition plus ou moins prolongée. La surdité professionnelle constitue la seconde maladie professionnelle en nombre de cas indemnisés par la CSST.[177] La surdité entraîne une altération des capacités d'écoute et de communication pouvant avoir des conséquences sérieuses dans toutes les sphères de la vie.[178]

Environ 1 000 cas de surdité professionnelle sont indemnisés chaque année par la CSST. Environ 500 000 travailleuses et travailleurs sont exposés quotidiennement à des niveaux nocifs de bruit et seraient donc susceptibles de développer une surdité.

En Estrie, ce sont plus de 50 cas de surdité professionnelle qui sont reconnus chaque année par la CSST, de 1997 à 2000.

Risques à la future mère et à l'enfant à naître

Enfin, il est aussi reconnu que certaines conditions ergonomiques dans lesquelles évoluent les travailleuses enceintes (travail en station debout prolongée, port de charges lourdes, efforts physiques, etc.) sont associées à des taux plus élevés de naissances prématurées, de retard de croissance, d'avortements et de mortinaissances.[179] De plus, l'exposition à des agents chimiques, biologiques et physiques peut compromettre gravement la santé de l'enfant à naître, celle de l'enfant allaité et celle de la mère.[180]

> Depuis 1999, plus de 1 200 travailleuses estriennes enceintes ou allaitantes formulent une demande dans le cadre du *Programme pour une maternité sans danger*, et ce, chaque année. Suite aux études des postes de travail, les risques retenus les plus fréquents sont de nature ergonomiques (60 %), biologiques (15 %) et chimique (12 %). Parmi les risques ergonomiques, les positions debout prolongées et l'organisation du travail (surtout les horaires) sont retenues pour plus de la moitié des travailleuses. Les risques biologiques concernent surtout les travailleuses des services médicaux et sociaux et celles de l'enseignement. Les solvants et la fumée de cigarette sont les risques chimiques les plus répandus.

LES PROBLÈMES EN ÉMERGENCE

Ces dernières années, d'autres problèmes ont retenu l'attention des acteurs de la santé publique quant au lien éventuel qu'ils auraient avec le milieu de travail; ce sont des problèmes en émergence qui sont jugés prioritaires par le ministre et qui, même s'ils ne sont pas visés par les interventions prioritaires déterminées par la CSST, nécessitent d'être étudiés plus en profondeur.

Problèmes de santé mentale

Parmi ces problèmes, ceux liés à la santé mentale en association avec le stress au milieu de travail sont en augmentation. Les incapacités de travail liées à des problèmes de santé mentale attribuables au travail sont passées de 7 à 13 %, avec une durée d'absence du travail qui a triplé entre 1987 et 1998.[181] Les réclamations pour lésions professionnelles reliées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre

psychologique ont presque doublé à la CSST, entre 1990 et 1997, tout comme les sommes versées par les compagnies privées d'assurance salaire.[182] Bien qu'il soit difficile, pour l'instant, d'apprécier l'augmentation réelle de ces problèmes – la progression enregistrée étant susceptible de traduire, en partie, l'importance récente qu'on leur accorde –, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de problèmes qui méritent d'être mieux analysés.

ACTIONS

La contribution de la santé publique à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population pour les années qui viennent se traduit par l'énoncé d'objectifs portant sur les problèmes psychosociaux et de santé, leurs déterminants ainsi que des propositions d'activités jugées efficaces à offrir partout sur le territoire.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a structuré ces objectifs et activités selon six domaines d'interventions.

- Le domaine **du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale** vise principalement des problèmes psychosociaux qui affectent autant les enfants et les adolescents et adolescentes que les adultes et les personnes âgées. Il inclut toutefois certains problèmes se rapportant au développement et à la santé physique des jeunes enfants ainsi que des problèmes d'adaptation des enfants et des adolescents et adolescentes.
- Le domaine **des habitudes de vie et des maladies chroniques** traite des affections chroniques et de leurs déterminants auxquelles s'ajoutent les maladies bucco-dentaires.
- Le domaine **des traumatismes non intentionnels** concerne l'ensemble des blessures et empoisonnements qui surviennent de façon involontaire et qui, dans la plupart des cas, sont évitables.
- Le domaine **des maladies infectieuses** a pour objet les maladies qui sont causées par des agents biologiques. Plusieurs de ces maladies représentent une menace pour la santé de la population, soit par leur apparition, soit par leur recrudescence, leur ampleur ou leur gravité, soit par leur potentiel de contagiosité ou par l'existence de moyens d'interventions efficaces.
- Le domaine de la **santé environnementale** touche les problèmes de santé qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol.
- Le domaine de la **santé en milieu de travail** porte sur les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des facteurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail ainsi qu'à des problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles des milieux de travail.

Les grandes lignes des objectifs et activités par domaines sont présentées dans les quelques pages qui suivent. On y retrouve les principaux défis et actions pour les trois prochaines années. Les cahiers par clientèle du Plan d'action régional de santé publique présentent en détails ces actions que la région devra réaliser.

Il importe de spécifier que, bien que les activités soient présentées pour chacun des domaines d'intervention, leur mise en œuvre ne peut se faire en parallèle. Les activités exigent, en effet, une planification d'ensemble, peu importe le domaine auquel elles se rapportent, soit parce qu'elles s'adressent aux mêmes clientèles, soit parce qu'elles portent sur des déterminants communs de la santé ou du bien-être, soit parce que les actions portent sur des déterminants communs à l'ensemble de la population.

Les actions à réaliser interpellent d'abord les mandataires premiers en santé publique, soit les CLSC mais aussi leurs partenaires et différents acteurs de la communauté appartenant tant au secteur de la santé et des services sociaux qu'à d'autres secteurs comme les municipalités, l'emploi ou encore l'éducation.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

➢ ENFANTS

Réduire les **problèmes de santé physique** (naissances prématurées, naissances de faible poids, anomalies congénitales, infections respiratoires graves, infections gastro-intestinales, anémie ferriprive) et de **développement** (retards de développement) ainsi que les principaux **problèmes d'adaptation sociale** (abus, négligence, troubles de conduite, délinquance)

par

- des interventions intensives et continues axées sur le soutien des parents de milieux socioéconomiquement défavorisés ou à risque;
- le programme Naître égaux – Grandir en santé;
- le Programme de soutien aux jeunes parents;
- des interventions de soutien éducatif précoce;
- le soutien de pratiques cliniques préventives efficaces en période périnatale;
- le soutien à l'allaitement par l'implantation du réseau *Amis des bébés* dans les CLSC, les centre hospitaliers et les maisons des naissances.

➢ ADOLESCENTS

Réduire les **problèmes d'adaptation sociale** (troubles de conduite, délinquance, suicide, problèmes de consommation de drogues et d'alcool, jeu pathologique)

par

- le développement des compétences personnelles et sociales par des interventions intégrées de promotion et de prévention favorisant une approche globale de la santé en milieu scolaire;
- l'éducation, notamment par le biais de campagnes de communication;
- la promotion de lois et règlements pour réduire l'accessibilité à l'alcool.

Réduire les **grossesses à l'adolescence**

par

- l'information, le *counselling* en matière de sexualité par des services de type « cliniques jeunesse »;
- l'accessibilité à la contraception orale d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse.

Réduire le **suicide**

par

- des interventions préventives intégrées : activités de sensibilisation sur les risques reliés aux armes à feu; implantation de réseaux de sentinelles et concertation intersectorielle;
- la formation des médecins pour la reconnaissance de la dépression et des signes avant-coureurs de comportements suicidaires.

➢ ADULTES

Réduire les **problèmes de consommation de drogues et d'alcool**

par

- la promotion de pratiques cliniques préventives auprès des personnes qui consomment de manière excessive : recherche de cas et *counselling* sur la consommation d'alcool;
- des interventions préventives pour réduire les risques associés à la consommation de drogues et d'alcool : formation des serveurs et serveuses, services de raccompagnement, chauffeuses et chauffeurs désignés;
- des interventions visant une consommation modérée chez les consommateurs et consommatrices à risque;
- l'accessibilité aux services de maintien à la méthadone.

➢ PERSONNES ÂGÉES

Réduire les **problèmes d'abus et de négligence**

par

- l'identification précoce de telles situations et la référence aux services appropriés.

Réduire les troubles anxieux et dépressifs

par

- l'information sur les signes précurseurs de ces troubles et sur les services disponibles.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Prévenir les principales maladies chroniques
(maladies cardiovasculaires, cancers, diabète de type 2, obésité, maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, ostéoporose)

par

- la réalisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition des saines habitudes de vie, en particulier l'abstention et la cessation de fumer, une saine alimentation et l'activité physique;
- la promotion et l'application de politiques, lois et règlements en lien avec la prévention du tabagisme et les saines habitudes alimentaires;
- des interventions promotionnelles et préventives sur les saines habitudes de vie dans les milieux de vie, principalement dans les communautés, en milieu scolaire et en milieu de travail, combinant des actions d'éducation à la santé et des actions environnementales;
- la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives en lien avec le non-tabagisme, la saine alimentation, l'activité physique, l'hypertension artérielle ainsi que le dépistage du diabète et du cancer du col utérin;
- le dépistage systématique du cancer du sein.

Diminuer les maladies buccodentaires
(carie dentaire et maladies parodontales)

par

- les pratiques cliniques préventives axées sur l'hygiène dentaire et les interventions préventives auprès des jeunes à risque de carie dentaire;
- la promotion de la fluoruration des eaux de consommation.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

➢ **Traumatismes routiers**

Contribuer à réduire le nombre de décès et d'hospitalisations observés chez les usagers du réseau routier et de véhicules hors route

par

- le soutien à l'identification et à la mise en œuvre de mesures d'apaisement de la circulation et d'aménagement des intersections;
- la promotion auprès des usagers de la route de l'adoption de comportements liés à l'utilisation d'équipements de sécurité;
- la promotion de l'application d'une stratégie intersectorielle concernant la conduite avec facultés affaiblies;
- la promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements;
- le soutien de pratiques cliniques préventives.

➢ **Chutes et blessures à domicile**

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile

par

- l'intégration aux interventions préventives en périnatalité et en petite enfance d'activités de prévention des blessures à domicile;
- la promotion de l'application optimale des règles et lois existantes et de leur renforcement relativement à la vente et d'emballage des produits dangereux et aux produits médicamenteux vendus dans des contenants munis d'emballage à fermoir de sécurité;
- la mise en œuvre d'interventions de groupes auprès des personnes âgées, axées sur la pratique de l'activité physique pour réduire des facteurs de risque de chutes;
- le soutien de pratiques cliniques préventives.

➢ **Traumatismes récréatifs et sportifs**

Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs et sportifs

par

- la promotion de la mise en œuvre de programmes d'application sélective concernant la conduite des embarcations motorisées sur les plans d'eau;
- la promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et règlements concernant la pratique des sports de glisse au Québec, le port du vêtement de flottaison individuel et l'aménagement sécuritaire des piscines résidentielles;
- la promotion de l'application adéquate d'une norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance.

MALADIES INFECTIEUSES

Prévenir les maladies infectieuses
(diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite A, hépatite B, infections à pneumocoque, infections à méningocoque, influenza, maladies acquises à l'étranger, rage humaine)

par

- la vaccination universelle auprès des jeunes en milieu scolaire;
- la vaccination des groupes à risque identifiés dans le programme d'immunisation du Québec, par exemple les personnes qui voyagent, les personnes âgées, les malades chroniques, les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables;
- l'introduction de nouveaux vaccins, notamment le vaccin antiméningoccique conjugué et de nouvelles stratégies de vaccination;
- la mise en place d'un plan de promotion de la vaccination et la promotion des comportements préventifs, notamment auprès des voyageurs et voyageuses;
- la disponibilité d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza;
- la vigie sanitaire concernant la vaccination.

Prévenir le **VIH/Sida, les infections transmissibles sexuellement et par le sang et le virus de l'hépatite C (VHC)**

par

- des interventions préventives à l'intention des groupes vulnérables, notamment les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables, les personnes originaires de pays où le VIH/Sida ou le VHC est endémique, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- l'échange de seringues;
- le dépistage des infections transmissibles sexuellement, du VIH/Sida et du VHC;
- la gratuité des médicaments pour les maladies transmissibles sexuellement;
- la notification des partenaires d'une personne infectée;
- la promotion de comportements préventifs.

Prévenir **l'ensemble des maladies infectieuses,** incluant **les infections nosocomiales, la tuberculose, les zoonoses autres que la rage humaine et les maladies entériques**

par

- des interventions de protection de la santé lors de menaces réelles ou appréhendées, notamment :
  - l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions;
  - l'application des recommandations issues des investigations d'éclosions aux populations ciblées et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies;
  - des interventions sur les maladies en émergence et résurgence que sont respectivement les infections nosocomiales et la tuberculose.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Prévenir les principaux problèmes en lien avec la qualité de l'air extérieur **(maladies cardiorespiratoires, rhinites allergiques)** et de l'air intérieur **(asthme allergique, problèmes de santé reliés à la salubrité des bâtiments)**

par

- la promotion d'interventions efficaces visant l'amélioration de la qualité de l'air extérieur et la réduction de l'exposition au pollen de l'herbe à poux;
- des interventions auprès des organismes des milieux de l'habitation et du bâtiment pour l'établissement d'une norme sur la ventilation des nouveaux immeubles locatifs;
- la participation au développement de services publics réseaux et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur.

Prévenir **les cancers attribuables à des causes environnementales**

par

- la participation au suivi de l'enlèvement du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires et l'évaluation de la présence d'amiante dans les établissements de santé (cancer du poumon);
- la sensibilisation des parents et des jeunes à l'exposition aux rayons ultraviolets (cancer de la peau);
- la définition d'une stratégie de contrôle de l'exposition au radon domiciliaire (cancer du poumon).

Prévenir les **problèmes de santé reliés à la qualité de l'air intérieur, les maladies d'origine hydrique et les intoxications d'origine environnementale**

par

- la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et d'interventions appropriées dans les cas :
  - de signalements concernant la qualité de l'air intérieur ou la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance et les établissements du réseau de la santé;
  - de déclarations ou de signalements reliés à l'eau, au dépassement des normes de E.coli et de coli fécaux;
  - de déclarations d'intoxications environnementales à déclaration obligatoire.

Prévenir **l'ensemble des maladies d'origine environnementale**

par

- la participation aux ententes interministérielles pour la promotion d'environnements favorables à la santé et la collaboration à la gestion des risques, à l'élaboration et au maintien d'un plan d'urgence en santé environnementale.

SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Réduire les principaux problèmes de santé reliés au milieu de travail **(lésions musculo-squelettiques, bérylliose, silicose, amiantose, asthme professionnel, intoxications en milieu de travail, maladies infectieuses d'origine professionnelle, cancers d'origine professionnelle, surdité professionnelle, issues de grossesses défavorables attribuables au travail)**

en réalisant les activités prévues par l'entente MSSS-CSST

et

en attirant l'attention de la CSST sur certains aspects particuliers de problèmes déjà visés par les activités prévues à l'entente.

Réduire les maladies chroniques **(maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires obstructives chroniques)** et certains problèmes d'adaptation et d'intégration sociale **(consommation excessive d'alcool, toxicomanies, suicide)**

par

- des activités de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie menées dans les milieux de travail;
- des activités de prévention et de réduction des risques en matière de consommation excessive d'alcool et de toxicomanies;
- des activités de prévention du suicide.

PLAN DE SURVEILLANCE

87-88

Conformément à la Loi sur la santé publique, les directeurs et directrices de santé publique doivent établir un plan de surveillance pour encadrer les activités de surveillance continue de la santé de la population. Un plan de surveillance commun est en voie d'élaboration par l'ensemble des directions de santé publique. Il sera soumis, à l'automne 2003, à l'avis du Comité d'éthique de la santé publique[d] et de la Commission d'accès à l'information si nécessaire. Il comprendra l'ensemble des objets et des mesures relatifs aux dimensions de l'état de santé et ses déterminants que les directions de santé publique entendent surveiller ainsi qu'une description technique des mesures prévues, les sources d'information requises et les orientations du plan d'analyse. S'il y a lieu, un volet complémentaire régional sera préparé.

La présente proposition ne retient essentiellement que les éléments qui sont en lien avec les objectifs du *Plan d'action régional de santé publique* (PAR-SP). Les différentes descriptions techniques n'apparaissent pas dans la proposition, ni dans le plan d'analyse. Ce plan de surveillance spécifique au PAR-SP couvre l'essentiel des objets à surveiller pour chacun des domaines du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) sur une base régionale, et locale dans la mesure du possible. Les éléments retenus sont ceux pour lesquels des mesures reconnues et des sources d'information récurrentes existent. Quelques-uns de ces éléments requièrent toutefois certains développements à court terme.

En Estrie, les objets analysés, les mesures retenues et les sources de données identifiées sont en cohérence avec les façons de faire des autres régions, ce qui permettra la comparaison interrégionale des éléments jugés les plus importants pour surveiller l'état de santé de la population et ses déterminants.

Il faut noter que les indicateurs proposés n'ont pas tous la même valeur. Les indicateurs provenant de fichiers administratifs des établissements sur la clientèle qu'ils desservent et les caractéristiques de cette clientèle sont très influencés par les ressources disponibles (ex. : budget, places ou lits, personnel) et ne nous donnent qu'une approximation d'un phénomène. Ils peuvent aussi aller dans le sens contraire des efforts déployés suite à une plus grande sensibilisation de la population (ex : les taux de signalements du Centre jeunesse) ou à la disponibilité de nouvelles technologies.

[d] Le Comité d'éthique de santé publique est un comité provincial nommé par décret conformément aux obligations de la Loi sur la santé publique.

FINALITÉS

Au niveau fonctionnel, les informations issues de la fonction surveillance servent à informer la population, à soutenir la décision et le processus de planification sociosanitaire et à revoir les orientations et les choix des problématiques d'intervention.

De façon opérationnelle, et en accord avec l'article 33 de la Loi sur la santé publique, la fonction surveillance s'exerce de façon à rencontrer les quatre finalités suivantes :

1. Dresser un portrait global de l'état de santé de la population et de ses déterminants et observer des variations temporelles et spatiales.
2. Détecter les problèmes en émergence.
3. Identifier les problèmes prioritaires.
4. Élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé.

1. Dresser un portrait global et observer des variations temporelles et spatiales

La réalisation du portrait global de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants ainsi que l'observation de leurs variations temporelles et spatiales se font régulièrement à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. Avec la sortie du *Portrait de santé de l'Estrie, faits saillants 2002*, un portrait global a été produit et diffusé au début de 2003; cet exercice devrait être reconduit en 2006. Dans le cadre d'un tel portrait, il est possible d'identifier les problèmes qui doivent être documentés davantage, soit les problèmes prioritaires, ceux en émergence et ceux qui demandent de préparer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population.

Le prochain portrait de santé devra présenter des informations en fonction des clientèles visées par le PAR-SP. Également, les analyses seront menées de façon à suivre la tendance des problématiques, dans le temps et dans l'espace, tout en permettant des comparaisons entre les MRC, avec l'Estrie et avec le Québec. Lorsque les données d'autres régions seront disponibles, des comparaisons avec des MRC semblables ailleurs au Québec seront aussi possibles. Ces comparaisons permettront de dégager l'évolution réelle d'une communauté et la portée de cette évolution, en tenant compte des « performances » de communautés comparables.

Pour faire ces analyses, il est indispensable de pouvoir produire l'information à l'échelle locale si l'on veut soutenir l'action et la prise de décision. Pour sensibiliser une population, les intervenants et intervenantes ou les décideurs doivent se sentir concernés. À cet égard, certaines données issues du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC seront utiles. Toutefois, les données à l'échelle locale ne sont pas toujours disponibles, particulièrement les données provenant d'enquêtes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec sont à préparer des scénarios de coûts afin que ces données, à tout le moins les prévalences établies à l'aide de données d'enquêtes (ex. : taux de tabagisme), soient disponibles par territoire de CLSC. Ces travaux permettront essentiellement d'apprécier comment, pour les clientèles identifiées au PAR-SP, certains problèmes de santé et leurs déterminants évoluent.

2. Détecter les problèmes en émergence

Par ailleurs, la surveillance continue doit aussi permettre de détecter les problèmes en émergence, que ce soit les phénomènes nouveaux qui apparaissent dans le temps ou dans une communauté ou un phénomène connu qui prend une importance soudaine et imprévue. La détection des problèmes en émergence est une étape fondamentale dans le processus de planification de la santé publique afin de permettre aux décideurs et aux intervenantes et intervenants de réagir en temps opportun.

La détection d'un problème en émergence exige une surveillance détaillée et exhaustive. Elle demande particulièrement de retracer l'évolution de ce problème dans le temps et dans l'espace, ce qui sera fait, dans la mesure du possible, pour tous les objets de surveillance prévus au PAR-SP, et ce, en collaboration avec différents acteurs du milieu susceptibles de discerner des phénomènes qui semblent évoluer et par des revues de littératures scientifiques particulièrement quand il s'agit du suivi de déterminants.

Pour faire ressortir les problèmes en émergence, différentes sources d'observation sont à suivre, comme par exemple :

- les variations par rapport à une norme, à un seuil;
- les questions que soulèvent les préoccupations du milieu;
- les nouvelles politiques;
- les résultats de recherche probants.

3. Identifier les problèmes prioritaires

Des analyses plus poussées permettront d'identifier les problèmes prioritaires :

- en mesurant l'écart entre l'état de santé observé et des normes ou des objectifs prédéfinis;
- en observant les variations temporelles et spatiales pour les problèmes les plus prévalents, ceux qui ont un impact important sur la vie des individus et ceux qui ont connu une évolution atypique.

La fonction surveillance fournit la matière première (les données) indispensable à l'identification des problèmes prioritaires. Idéalement, ce processus d'identification de priorité d'action exige de faire appel à d'autres ressources et l'utilisation de méthodologies qui proviennent d'autres fonctions de la santé publique. Par exemple, l'utilisation d'une grille, telle la grille de Haddon, permet d'intégrer plusieurs autres critères de priorité comme la gravité, le coût social ou l'acceptabilité des mesures proposées. C'est essentiellement la méthode utilisée dans le cadre du PNSP, soit de préciser des objectifs précis pour des problèmes définis qui sont graves et engendrent des coûts importants et pour lesquels il existe des mesures efficaces pour atténuer les problèmes. Des outils sont en développement pour que les méthodes utilisées soient cohérentes d'une région à l'autre.

4. Élaborer des scénarios prospectifs

Enfin, des analyses prospectives reposant sur certaines hypothèses de tendance seront faites afin de projeter dans le futur un scénario d'état de santé général ou spécifique à certaines problématiques. Ces analyses contribueront à orienter les programmes de santé vers les besoins futurs de la population en services de santé tant préventifs que curatifs, à prévoir l'importance des problématiques et à fixer des objectifs réalistes à l'intervention. Ici, encore des méthodes communes et reconnues devront être utilisées et non pas développées sur une base régionale uniquement.

DIFFUSION DE L'INFORMATION

La diffusion de l'information est la voie par laquelle la surveillance de l'état de santé joue activement son rôle. Indissociable du processus de production, une diffusion bien orchestrée permet d'atteindre les buts ultimes de la surveillance, c'est-à-dire d'informer la population et de soutenir activement la prise de décision. Un plan de diffusion doit faire partie de toute production de surveillance.

Pour les fins du plan d'action régional et éventuellement des plans d'action locaux, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie produira sur une base continue chacune des mesures convenues au plan de surveillance du PAR-SP. Ces mesures seront ventilées selon les territoires du Québec, de l'Estrie et des MRC – lorsque la donnée existe – en prenant en compte les données historiques disponibles. La forme de ces productions n'est pas finalisée. Toutefois, un produit axé sur les clientèles visées par le PAR-SP et sous forme de tableaux et graphiques est envisagé. De plus, dans la mesure du possible, il est probable que ces productions seront montées sur un support électronique qui pourrait être accessible, particulièrement aux différents intervenants et intervenantes et responsables locaux et régionaux.

Par ailleurs, et de façon complémentaire, dans le portrait de santé prévu aux trois ans et dans les monographies couvrant des problématiques ou clientèles spécifiques, des analyses plus poussées permettront de mieux comprendre les liens entre différents facteurs et un problème de santé en prenant en considération les clientèles visées par le PAR-SP.

CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nonobstant l'importance de faire des analyses et de produire l'information pertinente sur la base des territoires locaux et, pour des prises de décision les plus adéquates, le respect des données à caractère nominatif est primordial parce que :

- l'accès à des renseignements à caractère nominatif est un privilège lié à la fonction de surveiller l'état de santé de la population qui est confié par la Loi sur la santé publique à chaque autorité de santé publique et qui s'accompagne de l'obligation d'assumer la protection des renseignements personnels;

- le directeur national de santé publique, pour garantir l'alimentation en données des autorités en santé publique, doit s'assurer que chaque autorité applique les mesures adéquates de protection des renseignements personnels.

Selon les articles 54 et 56 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements, le sens donné par la loi aux renseignements à caractère nominatif est le suivant :

Article 54 « Dans un document, sont nominatifs les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier. »	Article 56 « Le nom d'une personne physique n'est pas un renseignement nominatif, sauf lorsqu'il est mentionné avec un autre renseignement la concernant ou lorsque sa seule mention révélerait un renseignement nominatif concernant cette personne. »

L'article 56 réfère plus précisément à la notion de combinaison ou de recoupement des renseignements selon laquelle « les renseignements non nominatifs en eux-mêmes peuvent devenir nominatifs du fait de leur combinaison, chaque nouvel élément désignant de plus en plus précisément la personne dont il s'agit; par un effet d'entonnoir, plus les renseignements s'additionnent, plus se rétrécit le nombre de personnes potentiellement visées ».

Rappelons que le but ultime de l'information produite par les activités de surveillance est d'informer la population ainsi que les professionnels et professionnelles et les décideurs, qu'ils fassent partie ou non du réseau de la santé et des services sociaux (LSP, art.4).

Toute activité de diffusion découlant des activités de surveillance exclut la divulgation de renseignements à caractère nominatif, en vertu des responsabilités et obligations qui incombent aux organismes publics détenant ce type de renseignements, dont :

- l'interdiction de diffuser des renseignements à caractère nominatif dans un document ou toute autre forme de présentation, à moins d'avoir obtenu au préalable le consentement éclairé des personnes concernées;
- la diffusion de résultats anonymes, c'est-à-dire sous une forme qui élimine toute possibilité d'établir un lien entre les données publiées et les personnes concernées;

- une attention particulière apportée à la nature et l'organisation de l'information livrée qui serait susceptible de permettre de reconnaître une ou plusieurs personnes (ex. : un très petit nombre de cas rapportés). Il faut garder à l'esprit que l'exercice de la surveillance doit pouvoir se faire à l'échelle des territoires de CLSC ou de MRC et que la surveillance de multiples objets par unité territoriale impliquera fréquemment de petits nombres. Il revient à l'équipe surveillance, et dans chacune des circonstances, de s'assurer de la non-diffusion de résultats qui pourraient favoriser ou faciliter l'identification des personnes concernées, en vertu des responsabilités et obligations qui incombent aux organismes publics détenant de tels renseignements.

Dans cette perspective de protection de la confidentialité, la conservation des renseignements détenus pour les fins de surveillance est réalisée de façon sécuritaire à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, et un protocole à cet effet est en vigueur conformément aux intentions de la Loi sur la santé publique et aux mesures déjà prévues pour les organismes publics de la santé et des services sociaux détenant des actifs informationnels.

DOMAINE
Développement, adaptation et intégration sociale

96-98

Objectif : Réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes

Objets et mesures :

- *Grossesse à l'adolescence*
  - Taux de naissance chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de grossesse chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortinaissance chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)

- *Contraception à l'adolescence*
  - Taux d'utilisation du condom chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'utilisation de la pilule contraceptive chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'utilisation de la contraception orale d'urgence chez les 18 ans et moins (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les naissances et les mortinaissances proviennent annuellement du MSSS.
  - Les données sur les IVG proviennent annuellement de la Clinique de planification des naissances du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Estrie et MRC) et irrégulièrement du MSSS (Québec et Estrie).
  - Les données sur la contraception chez les 18 ans et moins proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur les grossesses à l'adolescence sont analysées annuellement pour le Québec, l'Estrie et les MRC. Elles sont habituellement traitées à l'aide d'une moyenne mobile qui s'étend sur trois ans.
  - Les données sur la contraception sont analysées au rythme des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Le nombre de grossesses chez les adolescentes est composé des naissances vivantes, des mortinaissances, des IVG et des avortements spontanés relevés chez les adolescentes de 18 ans et moins. Pour des raisons d'accès à la donnée et de petits chiffres, les avortements spontanés sont exclus, en Estrie, du calcul des grossesses à l'adolescence. On souhaite que le taux de grossesse chez les adolescentes, qui est le rapport entre le nombre de grossesses et le nombre de jeunes femmes, diminue. On espère également que les composantes du taux de grossesse chez les adolescentes, soit les taux de naissance, de mortinaissance et d'IVG diminuent.
- Pour endiguer les grossesses à l'adolescence, il existe des moyens contraceptifs efficaces comme le condom, la pilule contraceptive et la contraception orale d'urgence. Il est souhaitable que le recours à ces moyens, soit le taux d'utilisation, augmente chez les jeunes sexuellement actifs.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Objectif : Réduire le taux de prématurité

Objets et mesures :

- *Natalité – Prématurité*
  - Taux de prématurité (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances prématurées selon l'âge de la mère (Québec, Estrie, MRC)
- *Tabagisme chez les femmes enceintes*
  - Proportion des femmes enceintes ayant fumé pendant leur dernière grossesse (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les naissances proviennent annuellement du MSSS et permettent de calculer les taux de prématurité.
  - Les données sur la consommation d'alcool proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la prématurité sont analysées sur une base annuelle pour le Québec et l'Estrie et sur une base triennale ou quinquennale pour les MRC.
  - Les données sur la consommation d'alcool sont analysées à chaque enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Les naissances avant 37 semaines de gestation sont considérées prématurées. Ces naissances prématurées sont souvent de faible poids. La prématurité est la cause directe ou indirecte de décès ou d'affections sérieuses chez les jeunes enfants. Il est souhaitable que ce phénomène diminue.
  - Le tabagisme chez les femmes enceintes est associé à la prématurité chez le nouveau-né. On espère que la proportion des femmes qui fument pendant la grossesse diminue.
  - L'âge de la mère est également un facteur à considérer : plus la mère est jeune (moins de 18 ans) ou âgée (plus de 40 ans), plus le risque de donner naissance à un bébé prématuré est grand. À ces âges, le risque de prématurité restera plus élevé que chez les mères d'âge moyen à cause de certains facteurs physiologiques. Mais quel que soit le groupe d'âge des mères, on espère que la proportion des naissances prématurées diminue. Pour mieux circonscrire le phénomène de prématurité, il peut être utile de mettre en parallèle le taux de prématurité et le taux de grossesse par groupe d'âge.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Objectif : Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g)

Objets et mesures :

- *Natalité – Insuffisance de poids et retard de croissance intra-utérine*
  - Taux de naissance de poids inférieur à 2 500 g (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de naissance de poids inférieur à 1 500 g (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion des naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon l'âge de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des bébés de petit poids selon l'âge de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon la durée de gestation (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon le type (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon la scolarité de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion des mères faiblement scolarisées (Québec, Estrie, MRC)
- *Tabagisme chez les femmes enceintes*
  - Proportion des femmes enceintes ayant fumé pendant leur dernière grossesse (Québec, Estrie)
- *Consommation d'alcool chez la femme enceinte*
  - Proportion des femmes enceintes ayant consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse (Québec, Estrie)
  - Fréquence de consommation d'alcool pendant la grossesse (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les naissances proviennent annuellement du MSSS et permettent de calculer les divers indicateurs reliés à l'insuffisance de poids à la naissance ainsi que le taux de retard de croissance intra-utérine.
  - Les données sur le tabagisme et la consommation d'alcool proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

➢ *Périodes de traitement*

- L'analyse des données sur les naissances en lien avec l'insuffisance de poids ou le retard de croissance intra-utérine se fait sur une base annuelle pour le Québec et l'Estrie. Pour les MRC, l'analyse se fait sur une base triennale ou quinquennale selon l'indicateur.
- Les données sur le tabagisme et la consommation d'alcool sont analysées au rythme des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Les nouveau-nés de poids inférieur à 2 500 g, et particulièrement ceux inférieurs à 1 500 g, ont moins de chance de survivre ou de vivre en bonne santé. On espère donc que le taux de ces nouveau-nés de petit poids diminue. Comme l'insuffisance de poids à la naissance est associée au retard de croissance intra-utérine et peut être liée à la prématurité, il est utile de mettre les taux de ces phénomènes en parallèle et de les suivre dans le temps en espérant les voir diminuer.
- L'incidence de l'insuffisance de poids à la naissance peut être réduite au moyen d'actions préventives en lien avec les principaux facteurs associés à ce problème. Ces facteurs relèvent surtout des habitudes de vie et des conditions socioéconomiques. Au chapitre des habitudes de vie, on vise une diminution de la proportion des femmes enceintes qui fument ou qui consomment de l'alcool. Quant aux conditions socioéconomiques, la répartition des naissances selon l'âge ou la scolarité permet de cibler des clientèles plus à risque (ex : les naissances de mères faiblement scolarisées) ou encore à ventiler l'insuffisance de poids (ex : selon l'âge de la mère) afin d'agir chez ces groupes.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Objectif : Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale

Objets et mesures :

- *Natalité et morbidité – Anomalies congénitales et autres problèmes graves de santé chez les enfants*
  - Taux d'anomalie congénitale pour des causes spécifiques (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon l'âge de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des anomalies congénitales selon l'âge de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Répartition des naissances selon la scolarité de la mère (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion des mères faiblement scolarisées (Québec, Estrie, MRC)
- *Malformations du tube neural*
  - Proportion des femmes enceintes qui ont pris un supplément vitaminique contenant de l'acide folique (Québec, Estrie)
- *Consommation d'alcool chez la femme enceinte*
  - Proportion des femmes enceintes ayant consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse (Québec, Estrie)
  - Fréquence de consommation d'alcool pendant la grossesse (Québec, Estrie)
- *Couverture vaccinale de la population contre la rubéole*
  - Couverture vaccinale contre la rubéole chez les filles de 3e secondaire (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les naissances et les caractéristiques des mères proviennent annuellement du fichier des naissances du MSSS.
  - Les données sur les anomalies congénitales ou les autres problèmes graves de santé chez les enfants proviennent annuellement du fichier des mortinaissances et du fichier Med-Écho.

- Les données sur la consommation d'alcool et celles des femmes enceintes qui ont pris un supplément vitaminique contenant de l'acide folique proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
- Les données sur la couverture vaccinale contre la rubéole proviennent de données régionales du Service protection de la santé publique de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

➢ *Périodes de traitement*

- Les données sur les naissances et les caractéristiques des mères de même que la couverture vaccinale sont traitées annuellement.
- Les données du fichier des mortinaissances et de Med-Écho sont habituellement analysées sur une base triennale au niveau local, régional et provincial.
- Les données sur la consommation d'alcool et celles des femmes enceintes qui ont pris un supplément vitaminique contenant de l'acide folique sont analysées à chaque enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Les anomalies congénitales sont la cause d'environ 30 % des décès chez les enfants âgés de moins d'un an. Il est souhaité que le taux des anomalies congénitales diminue.
- Même si l'origine des anomalies congénitales fait intervenir des facteurs génétiques sur lesquels on a peu de prise, leur incidence peut être réduite au moyen d'actions préventives en lien avec d'autres facteurs associés à ce problème. Ces facteurs relèvent surtout des habitudes de vie et des conditions socioéconomiques, mais aussi de l'organisation des services sociosanitaires. Au chapitre des habitudes de vie, on vise une diminution de la proportion des femmes enceintes qui consomment de l'alcool. De plus, on sait que la prise d'un supplément vitaminique contenant de l'acide folique par la femme qui désire devenir enceinte prévient les malformations du tube neural chez le nourrisson. On souhaite voir augmenter la proportion des femmes enceintes qui ont pris un tel supplément. Au chapitre de l'organisation des services, on souhaite augmenter la couverture vaccinale contre la rubéole. Quant aux conditions socioéconomiques, la répartition des naissances selon l'âge ou la scolarité permet de cibler des clientèles plus à risque (ex : les naissances de mères faiblement scolarisées) ou encore à ventiler les anomalies congénitales (ex : selon l'âge de la mère).

Objectif : Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale

Objet et mesures :

- *Phénylcétonurie et hypothyroïdie congénitale*
  - Taux de nouveau-né testé pour la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale (Québec)
  - Taux de test positif pour la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale (Québec)

Données et tendances :

- *Fréquence et source*
  - Les données sur le dépistage de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale proviennent, sur demande, du Laboratoire de génétique du Québec (CHUL). Ces données ne sont présentement disponibles que pour l'ensemble du Québec.
- *Période de traitement*
  - Puisqu'il s'agit d'événements très rares, une période minimale de cinq ans est requise.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On souhaite que le dépistage précoce de ces deux affections concerne le maximum de nouveau-nés, c'est-à-dire que le taux de nouveau-né testé soit de 100 %.
  - Très peu d'enfants naissent au Québec avec une phénylcétonurie ou une hypothyroïdie congénitale (moins de 40 cas par année au Québec, peut-être 1 à 2 cas par année en Estrie en moyenne). Comme il s'agit d'événements très rares, donc sujets à des fluctuations annuelles, il est difficile d'en suivre une tendance au niveau du dépistage. Malgré tout, on s'attend à ce que la proportion des tests positifs reste relativement stable d'une année à l'autre.
  - Relativement à la morbidité hospitalière pour ces deux affections, trop peu de cas d'hospitalisation sont relevés annuellement au Québec (environ huit cas en moyenne par année). On n'envisage donc aucun suivi à ce niveau.

Objectif : Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons

Objets et mesures :

- *Infections respiratoires chez les nourrissons*
  - Prévalence des maladies respiratoires chez les nourrissons (Québec, Estrie, MRC)
- *Infections gastro-intestinales chez les nourrissons*
  - Prévalence des maladies gastro-intestinales chez les nourrissons (Québec, Estrie, MRC)
- *Allaitement du nourrisson*
  - Proportion des mères qui allaitent (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la morbidité hospitalière relatives aux maladies respiratoires ou gastro-intestinales chez les nourrissons sont disponibles annuellement au niveau local, régional et provincial, avec un à trois ans de retard sur l'année en cours. Ces données proviennent du fichier Med-Écho.
  - Les données relatives aux mères qui allaitent proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la morbidité hospitalière sont habituellement analysées sur une période moyenne de trois ans (cinq ans si la donnée est trop faible).
  - Les données des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada sont disponibles aux deux ans.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Il est souhaitable que la prévalence des infections respiratoires ou gastro-intestinales diminue chez les nourrissons. On souhaite que le taux d'hospitalisation pour ces causes diminue. Comme le nombre d'hospitalisations en Estrie est relativement petit, le suivi de ces taux par MRC devra faire l'objet d'une analyse particulière. Il faudra également compléter la documentation de ces problématiques avec le fichier des actes médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec, étant donné qu'une partie importante des nourrissons aux prises avec ces maladies ne sont pas nécessairement hospitalisés.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE
- Aucun système d'information ne peut présentement fournir des données valides et fiables sur l'anémie ferriprive chez les nourrissons. - L'allaitement maternel apporte une protection certaine contre les infections chez les nourrissons. On souhaite que la proportion des mères qui allaitent augmente.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Objectif : Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social)

Objet et mesure :

- *Retard de développement chez les 0-4 ans*
  - Taux global dans la population des 0-4 ans de déclarations de tels troubles (Québec)

Données et tendances :

- *Fréquence et sources*
  - Les données de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1998-2002) « *En 2002... j'aurai 5 ans!* » permettent de dresser un portrait au niveau du Québec du développement des enfants âgés de 0 à 4 ans entre 1998 et 2002.L'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) de Statistique Canada produit des données récurrentes sur cette problématique. La collecte des données se fait aux deux ans.

- *Période de traitement*
  - Des résultats pour le Québec sont disponibles au gré des publications de Statistique Canada.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - L'échantillon de l'ELNEJ permet d'obtenir des données récurrentes au niveau canadien et provincial seulement. Pour que l'on soit à même de mieux comprendre l'apprentissage et le développement des jeunes enfants, des enfants plus jeunes viennent enrichir l'échantillon au fur et à mesure que vieillissent les membres de la cohorte initiale. À défaut d'avoir des données pour l'Estrie, on souhaite voir diminuer le taux québécois des enfants ayant un trouble de développement (moteur, langagier, cognitif et social). Cependant, le suivi au plan régional et local des indicateurs de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance et de défavorisation pourra être mis en parallèle avec la problématique.

Objectif : Réduire les problèmes d'abus physiques et psychologiques, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants, des adolescents et adolescentes

Objet et mesures :

- *Abus physiques et psychologiques, agression sexuelle et négligence à l'endroit des enfants, des adolescents et adolescentes*
  - Taux de signalement retenu (global et par problématique) (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'incidence (global et par problématique) des nouvelles prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquence et source*
  - Les données sur les signalements et les prises en charge proviennent annuellement des centres jeunesse. Il est important de préciser que les données québécoises sont incomplètes.

- *Période de traitement*
  - Les données sont analysées sur une base annuelle pour le Québec et l'Estrie et sur une base triennale pour les MRC.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Les données sur les signalements ou l'incidence des nouvelles prises en charge sont présentement les seules données récurrentes disponibles pour documenter la problématique d'abus et de négligence envers les enfants. Cependant, ces données comportent d'importantes limites pour mesurer l'ampleur du phénomène et permettre des comparaisons dans le temps ou entre territoires. Une des grandes limites, c'est que les données ne reflètent que les cas connus des services de protection (signalements reçus et retenus) et ceux considérés à la suite d'une évaluation. Une autre limite vient du fait que ces données sont aussi tributaires des ressources humaines et financières dont disposent les services de protection pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles. Pour expliquer ces limites, il faut comprendre que ces données, qui sont de nature administrative, visent d'abord à répondre aux besoins de gestion avant de combler ceux de surveillance. Dans l'attente de données plus valides et fiables, on ne peut anticiper de tendances populationnelles avec les données présentement disponibles. On peut toutefois s'en servir pour dresser un portrait d'ensemble des services aux enfants en besoin de protection.

Objectif : Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants, les adolescents et adolescentes

Objets et mesures :

- *Troubles de conduite chez les enfants, les adolescents et adolescentes*
  - Taux de jeune de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de signalement retenu pour troubles de comportement chez les 0-11 ans et les 12-17 ans (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'incidence des nouvelles prises en charge pour troubles de comportement dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (Québec, Estrie, MRC)

- *Adaptation sociale*
  - Prévalence du phénomène de taxage et de la violence physique dans les écoles primaires et secondaires (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les jeunes ayant contrevenu au code criminel et aux lois proviennent annuellement du ministère de la Sécurité publique.
  - Les données sur les signalements et les prises en charge pour des troubles de comportement proviennent annuellement des centres jeunesse. Il est important de préciser que les données québécoises sont incomplètes.
  - Les données sur le taxage et la violence physique dans les écoles proviennent de différentes enquêtes. Une enquête, réalisée par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, a été menée en Estrie, en 2000, auprès des jeunes des écoles secondaires.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sont analysées sur une base annuelle pour le Québec et l'Estrie, tant pour les jeunes contrevenants que pour les signalements et les prises en charge. Pour les données par MRC, une base triennale est requise.
  - Les données sur le taxage et la violence physique à l'école sont traitées au gré de la disponibilité des enquêtes sur le sujet.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Les données sur les contraventions, les signalements ou l'incidence des nouvelles prises en charge sont présentement les seules données récurrentes disponibles pour documenter la problématique des troubles de comportement chez les jeunes. Cependant, ces données comportent d'importantes limites pour mesurer l'ampleur du phénomène et permettre des comparaisons dans le temps ou entre les territoires. Une des grandes limites, c'est que les données ne reflètent que les cas connus des services de police ou de protection (signalements reçus et retenus) et ceux considérés à la suite d'une évaluation. Une autre limite vient du fait que ces données sont aussi tributaires des ressources humaines et financières dont disposent les services de police et de protection pour répondre aux besoins de la population. Pour expliquer ces limites, il faut comprendre que ces données, qui sont de nature administrative, visent d'abord à répondre aux besoins de gestion avant de combler ceux de surveillance. Dans l'attente de données plus valides et fiables, on ne peut anticiper de tendances populationnelles avec les données présentement disponibles.
- Les données sur les phénomènes de taxage et de violence physique dans les écoles documentent des comportements particuliers. Présentement, la récurrence de ces données n'est pas assurée. On espère que ces phénomènes diminuent dans nos écoles.

Objectif : Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool

Objets et mesures :

- *Consommation et dépendance à l'alcool*
  - Taux de consommation excessive, c'est-à-dire cinq consommations ou plus d'alcool au cours de la même occasion, et ce, douze fois ou plus pendant l'année (Québec, Estrie)
  - Proportion des cas à risque de dépendance à l'alcool (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population prenant quatorze consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine (Québec, Estrie)

- *Consommation de drogues et psychotropes*
  - Taux de consommation de marijuana (Québec, Estrie)
  - Taux de polyconsommation de drogues et psychotropes (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la consommation et la dépendance à l'alcool proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
  - Les données sur la consommation de drogues et psychotropes sont présentes dans les enquêtes générales menées par Santé Québec (1987, 1992-1993, 1998). On s'attend à ce que ce volet soit repris en 2005 dans l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 3,1)
  - La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a mené, en 1998, une enquête sur la drogue et l'alcool dans les écoles secondaires de l'Estrie.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la consommation et la dépendance à l'alcool sont analysées à chaque enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.
  - Les données sur la consommation de drogues et de psychotropes sont analysées au gré de la disponibilité des enquêtes. Ces données étaient disponibles aux cinq ans avec Santé Québec; leur disponibilité future avec Statistique Canada par les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes reste à préciser.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Les problèmes causés par la consommation de drogues et d'alcool peuvent être aigus ou chroniques. Les problèmes aigus, comme par exemple la violence subite et les traumatismes, sont surtout générés par une consommation excessive et occasionnelle. Les problèmes chroniques, comme certaines maladies cardiovasculaires, la démence ou la cirrhose du foie, sont plutôt le fait d'une consommation élevée et régulière pouvant mener à la dépendance. On souhaite voir diminuer la consommation abusive occasionnelle ou régulièrement élevée de drogues et d'alcool. La mise en parallèle des taux de consommation avec ceux de certains problèmes aigus ou chroniques (ex : traumatismes résultant de l'alcool, hépatites B et C contractées en consommant des drogues injectables, etc.) pourra être éclairant.

Objectif : Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées

Objet et mesures :

- *Consommation de médicaments*
  - Taux de consommation de trois médicaments ou plus chez les personnes âgées (Québec, Estrie)
  - Taux de consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
  - Les données sur la consommation de médicaments psychotropes proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sur demande, annuellement.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sont traitées à chaque enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.
  - Les données de la RAMQ sont traitées annuellement.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - De plus en plus de personnes, dont les personnes âgées, reçoivent des thérapies médicamenteuses complexes, comme en témoigne le nombre croissant de consommateurs et consommatrices de trois médicaments ou plus (30 % des personnes âgées en 1987 c. 52 % en 1998). Le recours à plusieurs médicaments, même s'il permet dans bien des cas d'améliorer les problèmes de santé, augmente aussi le risque d'interactions et d'effets indésirables, particulièrement chez les personnes âgées. Dans ce contexte, il est difficile de viser une tendance avec la prise de trois médicaments ou plus chez les personnes âgées. Cependant, une hausse de ce niveau de consommation devrait nous sensibiliser au fait qu'il est de plus en plus nécessaire de favoriser un bon suivi des thérapies médicamenteuses complexes.

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE
- La prise de médicaments psychotropes chez les personnes âgées est liée aux traumatismes, comme par exemple les chutes et à l'interaction médicamenteuse entraînant des effets non désirés. On espère voir diminuer le taux de consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Objectif : Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale

Objets et mesures :

- *État de santé mentale*
  - Proportion de la population se considérant en bonne santé mentale (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population manifestant de la détresse psychologique (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population à risque de dépression clinique (Québec, Estrie)

- *Soutien social*
  - Indice de soutien social (Québec, Estrie)

- *Services de santé mentale*
  - Proportion de la population qui a consulté pour des problèmes de santé émotionnelle ou mentale au cours des douze derniers mois (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquence et source*
  - Les données concernant l'état de santé mentale, le soutien social et le recours aux services de santé mentale proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.

- *Période de traitement*
  - Le traitement se fait au rythme des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada pour tous les objets, soit aux deux ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Comme il n'est pas possible de déterminer le nombre de personnes atteintes par un trouble mental défini médicalement, on dispose de certains indicateurs avec lesquels il est possible d'estimer la santé mentale de l'ensemble de la population. Ainsi, on souhaite voir diminuer la proportion de la population qui affiche un niveau élevé de détresse psychologique ou encore qui est à risque de dépression clinique. En même temps, on espère voir augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale ou encore qui affiche un bon niveau de soutien social, le soutien social étant considéré comme un facteur de protection de l'état de santé mental. Par ailleurs, comme le recours aux services de santé mentale est aussi en fonction d'autres facteurs comme la disponibilité des

ressources, les valeurs des individus, etc., on ne peut anticiper de tendances populationnelles quant à la proportion de la population qui consulte pour des problèmes santé mentale. On peut cependant utiliser cet indicateur dans une optique d'organisation des services.

- Tous ces indicateurs peuvent être mis en parallèle avec ceux qui documentent le phénomène du suicide; ce phénomène étant relié à l'état de santé mentale.

Objectif : Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides

Objet et mesures :

- *Suicide*
  - Taux de suicide (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de déclaration de tentatives de suicide (Québec, Estrie)
  - Taux d'idéation suicidaire (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les décès par suicide proviennent annuellement du fichier des décès.
  - Les données d'hospitalisation pour tentative de suicide proviennent annuellement du fichier Med-Écho.
  - Les déclarations de tentatives de suicide et d'idéation suicidaire proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur les décès par suicide et d'hospitalisation pour tentative de suicide sont analysées annuellement pour le Québec et l'Estrie. Au niveau des MRC, les hospitalisations pour tentative de suicide sont analysées sur une base biennale et les décès par suicide sur une base triennale.
  - Les données sur les déclarations de tentative de suicide et l'idéation suicidaire sont analysées à chaque enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, soit aux deux ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Au cours des deux dernières décennies, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec et en Estrie. Mis à part les décès par suicide, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont difficiles à mesurer. On peut par exemple avoir une idée de l'ampleur des tentatives de suicide par les hospitalisations pour cette cause, mais toutes les tentatives de suicide ne conduisent pas nécessairement à l'hôpital. Les données d'enquête sur ces objets sont alors précieuses puisqu'elles permettent de mieux circonscrire le phénomène. Par ces enquêtes, même s'il est impossible de mesurer la gravité du geste suicidaire et toutes les circonstances qui entourent cet événement, on peut porter

un regard utile sur l'évolution des idées suicidaires et des tentatives de suicide par sexe et groupe d'âge au cours des années. Dans ce contexte, on espère donc, particulièrement pour certains groupes d'âge, voir se stabiliser et diminuer les taux de suicide et de tentative de suicide (données hospitalières et déclarées).

Objectif : Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes

Objets et mesures :

- *Agression sexuelle*
  - Proportion des femmes déclarant avoir été victimes d'agression sexuelle (Québec)
  - Nombre de plaintes pour agressions sexuelles (Québec, Estrie, MRC)
- *Violence conjugale*
  - Proportion des femmes déclarant avoir été victimes de violence conjugale (Québec)
  - Nombre de plaintes pour violence conjugale (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les femmes qui déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle ou de violence conjugale proviennent d'enquêtes menées auprès de la population.
  - Les données concernant les plaintes pour violence conjugale et agressions sexuelles proviennent annuellement du ministère de la Sécurité publique.
- *Périodes de traitement*
  - Les données relatives aux plaintes sont analysées annuellement pour le Québec et l'Estrie, et aux deux ans pour les MRC.
  - Les données d'enquêtes sont analysées au gré de leur disponibilité. L'Institut de la statistique du Québec a mené, en 1998, une enquête provinciale sur la violence conjugale.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Il est difficile d'obtenir, à partir des plaintes, des données fiables sur les agressions sexuelles et la violence conjugale subies par les femmes, une bonne partie des personnes ne signalant pas ces problèmes. Par exemple, selon le MSSS, suite à des enquêtes, jusqu'à 90 % des agressions sexuelles ne sont pas déclarées à la police. À cause des limites inhérentes à ces données, et dans l'attente de données plus valides et fiables, on ne peut anticiper de tendances populationnelles avec les données présentement disponibles à partir des plaintes faites à la police.
  - Par ailleurs, des données d'enquêtes sont toujours disponibles pour documenter les phénomènes d'agression sexuelle et de violence conjugale. Cependant, ces données sont trop espacées dans le temps et non disponibles pour des territoires comme l'Estrie et les MRC. Sous réserve des méthodologies utilisées, ces enquêtes peuvent, à la limite, permettre de suivre les phénomènes au niveau provincial.

Objectif : Retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées

Objets et mesures :

- *Incapacité chez les personnes âgées*
  - Proportion des personnes âgées bénéficiaires de soins à domicile (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion des personnes âgées déclarant souffrir d'incapacité (Québec, Estrie)
  - Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) à 65 ans (Québec, Estrie, MRC)
  - Espérance de vie avec incapacité à 65 ans (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Le nombre de bénéficiaires de soins à domicile est tiré annuellement du système I-CLSC.
  - Les données sur la prévalence de l'incapacité proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada aux deux ans.
  - L'espérance de vie en bonne santé est un calcul dont l'algorithme utilise les données annuelles de mortalité du MSSS.
  - L'espérance de vie avec incapacité est un calcul dont l'algorithme utilise les données annuelles de mortalité du MSSS ainsi que les données sur l'incapacité tirées d'enquêtes et celles sur l'institutionnalisation tirées du recensement.
- *Périodes de traitement*
  - Le nombre de bénéficiaires de soins à domicile et l'espérance de vie en bonne santé ou avec incapacité sont traités annuellement.
  - Les données sur l'incapacité sont disponibles au gré des enquêtes.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Certaines mesures, comme le SMAF, permettent d'apprécier le niveau de perte d'autonomie chez les personnes âgées. Comme ces mesures ne sont pas prises systématiquement et de façon récurrente auprès des aînés en général, d'autres indicateurs comme l'incapacité (et l'espérance de vie sans ou avec incapacité) permettent d'estimer globalement la perte d'autonomie, c'est-à-dire non pas le niveau mais plutôt la prévalence. Dans ce contexte, on espère voir diminuer la proportion de personnes âgées souffrant d'incapacité. On souhaite aussi voir diminuer le nombre d'années avec incapacité que les personnes de 65 ans peuvent s'attendre à vivre en moyenne (ou, inversement, voir augmenter le nombre d'années sans incapacité que les personnes de 65 ans peuvent s'attendre à vivre en moyenne).

- Par ailleurs, comme le nombre de personnes âgées bénéficiaires de soins à domicile est présentement trop lié aux ressources disponibles, on ne peut anticiper pour l'instant de tendances populationnelles avec une telle donnée pour documenter la perte d'autonomie.

DOMAINE
Habitudes de vie et maladies chroniques

129-130

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Diminuer de 3 % par année les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux)

Objets et mesures :

- *Maladies cardiovasculaires (mortalité)*
  - Taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'années potentielles de vie perdues pour les MCV (Québec, Estrie)
- *Maladies cardiovasculaires (morbidité hospitalière)*
  - Taux d'hospitalisation selon le diagnostic (Québec, Estrie, MRC)
- *Maladies cardiovasculaires (incidence)*
  - Taux d'incidence selon le diagnostic (Québec, Estrie, MRC)
- *Tabagisme*
  - Proportion de fumeuses et fumeurs actuels (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population exposée à la fumée de tabac (Québec, Estrie)
  - Nombre de cigarettes fumées par jour (Québec, Estrie)
- *Activité physique*
  - Proportion de la population n'atteignant pas le niveau requis hebdomadaire d'activité physique (Québec, Estrie)
- *Hypertension artérielle*
  - Proportion de la population hypertendue (Québec, Estrie)
- *Obésité*
  - Proportion de la population obèse (Québec, Estrie)
- *Hypercholestérolémie*
  - Proportion de la population avec hypercholestérolémie (Québec, Estrie)
- *Diabète*
  - Taux d'incidence du diabète (Québec, Estrie, MRC)
- *Alcool*
  - Proportion de la population prenant quatorze consommations ou plus d'alcool par semaine (Québec, Estrie)

Données et tendances :

➢ *Fréquences et sources*

- Les données sur la mortalité, la morbidité hospitalière et l'incidence relatives aux MCV sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Les données de mortalité proviennent du fichier des décès du MSSS et celles de morbidité hospitalière du fichier Med-Écho. Les données d'incidence des MCV devraient être disponibles d'ici un à trois ans au moyen d'un fichier à mettre en place par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Les données relatives aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV) mentionnés ci-dessus (sauf le diabète) sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000–2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.
- Les données sur le diabète diagnostiqué sont disponibles annuellement au niveau local, régional et provincial. Ces données, qui sont actuellement des données de prévalence, proviennent du fichier du Système national de surveillance du diabète de l'INSPQ. On s'attend à ce que ce fichier puisse également produire des données d'incidence d'ici un à trois ans.

➢ *Périodes de traitement*

- Les données sur la mortalité, la morbidité hospitalière et l'incidence relatives aux MCV sont habituellement analysées sur une base triennale (biennale pour la morbidité hospitalière) au niveau local, régional et provincial. Cette façon de faire est nécessaire pour « aplanir » les fluctuations annuelles trop grandes qui sont dues, dans certains cas (ex : au niveau d'une MRC), au petit nombre d'événements rencontrés.
- Les données sur les facteurs de risque des MCV (sauf le diabète) sont traitées au gré de leur disponibilité (aux deux ans) et font référence à l'année de l'enquête.
- Les données sur la prévalence du diabète diagnostiqué sont traitées annuellement au niveau local, régional et provincial.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Depuis quelques décennies, la mortalité due aux MCV accuse une baisse remarquable tout en survenant à des âges de plus en plus élevés. Par contre, tout indique que l'incidence de ces maladies n'a à peu près pas diminué. Autrement dit, proportionnellement, moins de gens en meurent, et ceux qui en meurent décèdent moins jeunes, mais à peu près autant en sont affectés chaque année. Ce constat suggère que les services curatifs et la technologie ont fait des progrès significatifs pour éviter ou retarder la mort des personnes atteintes de MCV. Ce constat suggère aussi que beaucoup reste à faire en ce qui a trait aux facteurs

de risque de ces maladies puisque presque autant de personnes en sont affectées chaque année. Il est donc souhaité que le taux de mortalité pour ces maladies continue de diminuer. Il est aussi souhaité que le taux d'années potentielles de vie perdues à cause des MCV – un indicateur de mortalité précoce – continue de diminuer. De plus, on espère que le taux d'incidence des MCV diminue suite aux actions de santé publique sur les facteurs de risque de ces maladies. Par contre, comme le taux d'hospitalisation pour MCV est beaucoup lié à l'incidence de la maladie qui semble plutôt stable, on peut anticiper une tendance stable ou peut-être même légèrement à la hausse du le taux d'hospitalisation, étant donné que le nombre et l'efficacité des services curatifs pour traiter les MCV augmentent de jour en jour.

- Comme l'incidence des MCV est associée à certains facteurs de risque sur lesquels on peut agir, on espère voir diminuer le tabagisme, la sédentarité, l'hypertension artérielle, l'obésité, l'hypercholestérolémie, le diabète et la forte consommation d'alcool.

Objectif : Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans

Objets et mesures :

- *Cancer du sein*
  - Taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (Québec, Estrie, MRC)

- *Mammographie*
  - Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie (de dépistage ou diagnostique) au cours des deux dernières années (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquence et sources*
  - Les données sur la mortalité due au cancer du sein et celles sur la mammographie (de dépistage ou diagnostique) sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du MSSS et celles sur la mammographie du fichier des services rendus de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la mortalité due au cancer du sein sont habituellement traitées sur une base triennale au niveau local, régional et provincial. Cette façon de faire est nécessaire pour « aplanir » les fluctuations annuelles trop grandes qui sont dues, dans certains cas (ex : au niveau d'une MRC), au petit nombre d'événements rencontrés.
  - Les données sur la mammographie sont habituellement analysées sur deux ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Après avoir été relativement stable pendant plusieurs années, la mortalité par cancer du sein chez la femme a commencé à diminuer légèrement il y a une dizaine d'années. Comme c'est entre 50 et 69 ans que l'on retrouve le plus de cas de cancer du sein, le dépistage au moyen de la mammographie chez les femmes de ce groupe d'âge est un moyen efficace qui contribue à en réduire la mortalité. On espère donc voir diminuer le taux de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans et, parallèlement, on souhaite voir augmenter la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie.

Objectif : Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Objets et mesures :

- *Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (mortalité)*
  - Taux de mortalité pour MPOC (Québec, Estrie, MRC)
- *Maladies pulmonaires obstructives chroniques (morbidité)*
  - Proportion des personnes qui déclarent souffrir de (prévalence déclarée) MPOC (Québec, Estrie)
- *Tabagisme*
  - Proportion des fumeuses et fumeurs actuels (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population exposée à la fumée de tabac (Québec, Estrie)
  - Nombre de cigarettes fumées par jour (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la mortalité relative aux MPOC sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Ces données proviennent du fichier des décès du MSSS.
  - Les données relatives aux MPOC déclarées et au tabagisme sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la mortalité due aux MPOC sont habituellement analysées sur une base triennale au niveau local, régional et provincial. Cette façon de faire est nécessaire pour « aplanir » les fluctuations annuelles trop grandes qui sont dues, dans certains cas (ex : au niveau d'une MRC), au petit nombre d'événements rencontrés.
  - Les données sur les MPOC déclarées et le tabagisme sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- La prévalence des maladies pulmonaires chroniques (emphysème et bronchite chronique) est en croissance, alors que la mortalité due à ces maladies, après avoir connu une forte hausse jusqu'au milieu des années 80, s'est stabilisée depuis. On espère donc que la prévalence déclarée des MPOC diminue et que, conséquemment, le taux de mortalité pour ces maladies diminue.
- Comme le tabagisme est la principale cause des MPOC (emphysème et bronchite chronique), on souhaite voir diminuer en nombre et en fréquence l'usage du tabac dans la population ainsi que la proportion de personnes exposées indirectement à la fumée du tabac.

Objectif : Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme

Objets et mesures :

- *Asthme (mortalité)*
  - Taux de mortalité due à l'asthme (Québec, Estrie, MRC)
- *Asthme (morbidité)*
  - Proportion des personnes qui déclarent souffrir d'asthme (prévalence déclarée) (Québec, Estrie)
- *Tabagisme*
  - Proportion de la population exposée à la fumée de tabac (Québec, Estrie)
  - Proportion des fumeuses fumeurs actuels (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la mortalité relative à l'asthme sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Ces données proviennent du fichier des décès du MSSS.
  - Les données relatives à l'asthme déclarée et au tabagisme sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la mortalité due à l'asthme sont habituellement analysées sur une base triennale au niveau local, régional et provincial. Cette façon de faire est nécessaire pour « aplanir » les fluctuations annuelles trop grandes qui sont dues, dans certains cas (ex : au niveau d'une MRC), au petit nombre d'événements rencontrés.
  - Les données sur l'asthme déclarée et le tabagisme sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- À l'instar des maladies pulmonaires obstructives chroniques (emphysème et bronchite chronique), la prévalence de l'asthme est en croissance, alors que la mortalité due à cette maladie diminue graduellement. On espère donc que la prévalence déclarée de l'asthme diminue et que, conséquemment, le taux de mortalité pour ces maladies diminue.
- Comme le tabagisme est un déclencheur important de l'asthme, on souhaite voir diminuer l'usage du tabac dans la population ainsi que la proportion des personnes exposées indirectement à la fumée du tabac. Il sera par ailleurs utile, dans la mesure du possible, de mettre en parallèle avec le tabagisme, des indicateurs de la mauvaise qualité de l'air extérieur, la pollution étant associée au nombre de visites aux services des urgences attribuables à l'asthme.

Objectif : Réduire de 30 % l'incidence du diabète de type 2

Objets et mesures :

- *Diabète*
  - Taux d'incidence du diabète (Québec, Estrie, MRC)
- *Poids corporel*
  - Proportion des 15 ans et plus avec un indice de masse corporelle les classant dans la catégorie excès de poids (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur le diabète diagnostiqué sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Ces données, qui sont actuellement des données de prévalence, proviennent du fichier du Système national de surveillance du diabète de l'Institut national de santé publique du Québec. On s'attend à ce que ce fichier puisse également produire des données d'incidence d'ici un à trois ans.
  - Les données relatives au poids corporel sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la prévalence du diabète diagnostiqué sont traitées annuellement au niveau local, régional et provincial.
  - Les données sur le poids corporel sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le diabète de type 2, celui qui touche surtout les adultes âgés de plus de 45 ans, représente 90 % de tous les cas diagnostiqués de diabète. L'incidence du diabète serait en hausse au Canada et l'obésité, qui est le facteur de risque majeur sur lequel on peut agir, est en forte croissance tant chez les enfants que chez les adultes. On souhaite donc que le taux d'incidence du diabète diminue ainsi que le taux de personnes en excès de poids dans la population.

Objectif : Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 à 22 % et celle de l'obésité de 13 à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents

Objets et mesures :

- *Poids corporel*
  - Proportion des 15 ans et plus avec un indice de masse corporelle les classant dans la catégorie excès de poids ou obésité (Québec, Estrie)

- *Activité physique*
  - Proportion de la population n'atteignant pas le niveau requis hebdomadaire d'activité physique (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives au poids corporel et à l'activité physique sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Il est important de préciser que le concept d'activité physique des enquêtes de Santé Québec et celui des ESCC sont peu comparables.

- *Période de traitement*
  - Les données sur le poids corporel et l'activité physique sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - L'obésité est une maladie chronique en forte croissance. Certains la qualifient d'épidémique tant chez les enfants que chez les adultes. De plus, l'obésité est un facteur de risque commun à plusieurs maladies chroniques. On souhaite donc voir diminuer la proportion de la population en excès de poids ou obèse.
  - Une des causes majeures de l'obésité est l'inactivité physique. Comme pour l'obésité, l'inactivité physique est en croissance au sein de la population, et ce, particulièrement chez les jeunes. On espère voir diminuer la proportion des jeunes ou des adultes inactifs physiquement.

Objectif : Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans et plus

Objets et mesures :

- *Ostéoporose (morbidité)*
  - Taux d'hospitalisation des 65 ans et plus pour fracture de la hanche due à une chute (Québec, Estrie, MRC)
- *Activité physique*
  - Proportion des personnes âgées n'atteignant pas le niveau requis hebdomadaire d'activité physique (Québec, Estrie)
- *Alimentation*
  - Proportion des personnes âgées, des adultes et des jeunes qui choisissent des aliments en fonction de la prévention de l'ostéoporose ou de leur teneur en calcium (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la morbidité hospitalière relatives aux fractures de la hanche dues à une chute sont disponibles annuellement (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) au niveau local, régional et provincial. Ces données proviennent du fichier Med-Écho.
  - Les données relatives à l'activité physique sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Il est à noter que le concept d'activité physique des enquêtes de Santé Québec et celui des ESCC sont peu comparables.
  - Les données relatives au choix des aliments en fonction de l'ostéoporose sont disponibles depuis 2000-2001 dans les ESCC de Statistique Canada.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la morbidité hospitalière relatives aux fractures de la hanche dues à une chute sont habituellement traitées sur une base biennale au niveau local, régional et provincial. Cette façon de faire est nécessaire pour « aplanir » les fluctuations annuelles trop grandes qui sont dues, dans certains cas (ex : au niveau d'une MRC), au petit nombre d'événements rencontrés.
  - Les données sur l'activité physique et l'alimentation sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- L'ostéoporose est une maladie chronique que l'on retrouve fréquemment chez les personnes âgées, plus particulièrement chez les femmes. Cette maladie est un facteur de risque important en ce qui a trait aux fractures chez les personnes âgées, donc de perte d'autonomie. À défaut d'avoir des données récurrentes sur la maladie, on surveille l'évolution de la proportion des personnes âgées hospitalisées pour une fracture de la hanche, cet indicateur étant fortement relié à l'ostéoporose. On espère donc voir diminuer la prévalence de ce type d'hospitalisation chez les personnes âgées.
- L'activité physique et une alimentation saine et à teneur adéquate en calcium sont des facteurs de protection contre l'ostéoporose. On souhaite donc voir diminuer la proportion des personnes âgées inactives physiquement. On souhaite aussi voir augmenter la proportion des personnes âgées, des adultes et des jeunes qui choisissent des aliments en fonction de la prévention de l'ostéoporose ou de leur teneur en calcium.

Objectif : Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans

Objet et mesures :

- *Carie dentaire*
  - Indice caof / CAOF chez les jeunes de moins de 18 ans (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion de la population consommant de l'eau fluorurée artificiellement (Québec, Estrie, MRC)
  - Présence de la carie chez les enfants de maternelle (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la carie dentaire (indice caof / CAOF) sont disponibles périodiquement au niveau régional et provincial au gré des enquêtes nationales qui sont menées à ce sujet (1983-1984, 1989-1990, 1996-1997, 1998-1999). En Estrie, les données relatives à la présence de carie chez les enfants de maternelle sont relevées annuellement par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et sont disponibles au niveau local et régional.
  - Les données sur la fluoruration artificielle de l'eau potable sont colligées annuellement par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie auprès des municipalités de l'Estrie.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur la carie dentaire (indice caof / CAOF) sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.
  - Les données sur la présence de carie chez les enfants à la maternelle et celles sur la fluoruration de l'eau potable sont traitées annuellement.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On assiste depuis vingt ans à une diminution constante de la carie dentaire chez les jeunes de l'Estrie et du Québec. Mais par rapport aux jeunes de l'Ontario ou des Etats-Unis, nos jeunes affichent une prévalence de beaucoup supérieure. On espère donc voir davantage diminuer la proportion de nos jeunes avec des dents (temporaires ou permanentes) atteintes de carie ou qui ont été atteintes de carie (absentes ou obturées).
  - Un moyen efficace de prévenir la carie est de boire de l'eau fluorurée. On souhaite voir augmenter la proportion de la population consommant de l'eau fluorurée artificiellement.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans et plus

Objet et mesure :

- *Tabagisme*
  - Proportion des fumeuses et fumeurs actuels (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives au tabagisme sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.

- *Période de traitement*
  - Les données sur le tabagisme sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Environ la moitié des Québécois de 35 à 44 ans montre des signes évidents de maladie parodontale, et la prévalence et la sévérité de ces maladies tendent à augmenter avec l'âge. Ces quelques données, qui proviennent d'enquêtes nationales, ne sont pas récurrentes ni disponibles par région sociosanitaire. Il est donc impossible présentement de surveiller ce phénomène de façon précise.
  - Le tabagisme est une habitude de vie qui prédispose aux maladies parodontales. On souhaite voir diminuer la proportion de fumeurs actuels dans la population adulte.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire

Objet et mesures :

- *Tabagisme chez les jeunes du secondaire*
  - Proportion de jeunes qui fument dans les écoles secondaires (Québec, Estrie, MRC)
  - Âge d'initiation à la cigarette, (Québec, Estrie, à développer par MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives au tabagisme chez les jeunes du secondaire sont disponibles auprès de deux sources, soit l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, pour des résultats au niveau provincial, et les enquêtes sur le tabac et la violence menées dans les écoles secondaires de l'Estrie en 1997, 1998 et 2000. Ces dernières enquêtes seront reconduites périodiquement par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, qui ajoutera une question sur l'âge d'initiation à la cigarette.

- *Période de traitement*
  - Les données sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le tabagisme est un facteur de risque commun à plusieurs maladies chroniques. Plus on commence à fumer jeune, plus le risque d'être atteint précocement d'une maladie chronique augmente avec les années et moins on a de chance de cesser de fumer ultérieurement On espère donc voir diminuer la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire, On souhaite également que l'âge d'initiation au tabagisme augmente chez les jeunes.

Objectif : Réduire la proportion des personnes de 15 ans et plus qui font usage du tabac de 24 à 18 %

Objet et mesures :

- *Tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans ou plus*
  - Proportion de fumeuses et fumeurs actuels (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population exposée à la fumée de tabac (Québec, Estrie)
  - Nombre de cigarettes fumées par jour (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives au tabagisme sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.

- *Période de traitement*
  - Les données sur le tabagisme sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le tabagisme est en facteur commun à plusieurs maladies chroniques et la cause évitable de mortalité précoce la plus importante. La proportion de fumeurs actuels est en baisse dans la population âgée de 15 ans ou plus. On assiste également à une baisse de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. On souhaite voir encore diminuer la proportion de fumeurs ainsi que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement.
  - Le fait d'être exposé indirectement à la fumée de tabac constitue également un risque de maladies chroniques. On espère voir diminuer la proportion de personnes exposées.

Objectif : Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Objet et mesure :

- *Exposition à la fumée de cigarette dans l'environnement*
  - Proportion de la population exposée à la fumée de tabac (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives au tabagisme sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.

- *Période de traitement*
  - Les données sur le tabagisme sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le fait d'être exposé indirectement à la fumée de tabac constitue également un risque de maladies chroniques. On espère voir diminuer la proportion des personnes exposées.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour

Objet et mesures :

- *Habitudes alimentaires*
  - Proportion des personnes de 12 ans et plus consommant au moins cinq portions par jour de fruits et de légumes (Québec, Estrie)
  - Perception de la qualité des habitudes alimentaires (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives aux habitudes alimentaires sont disponibles au niveau régional et provincial dans l'Enquête sociale et de santé 1998 de l'Institut de la statistique du Québec. Ces données pourront éventuellement se retrouver dans les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.
  - Les données relatives à la consommation de fruits et légumes sont disponibles aux deux ans à partir de 2000-2001 au niveau régional et provincial. Elles proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.

- *Période de traitement*
  - Les données sur la consommation de fruits et légumes et sur les habitudes alimentaires sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Environ la moitié de la population ne consomme pas en quantité suffisante certains aliments recommandés, notamment les fruits et les légumes, tout en substituant assez souvent ces aliments par des matières grasses. Ces habitudes alimentaires combinés à la sédentarité peuvent mener à l'excès de poids, un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques. On espère donc voir augmenter la proportion de la population consommant au moins cinq portions par jour de fruits et de légumes. On souhaite aussi voir augmenter la proportion de la population qui perçoit positivement la qualité de son alimentation.

Objectif : Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %

Objet et mesure :

- *Insécurité alimentaire*
  - Proportion de la population vivant dans l'insécurité alimentaire (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives à l'insécurité alimentaire sont disponibles au niveau régional et provincial dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* de l'Institut de la statistique du Québec et dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000–2001* de Statistique Canada. Ces données seront également disponibles aux deux ans dans les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes.

- *Période de traitement*
  - Les données sur l'insécurité alimentaire sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Une alimentation équilibrée est un facteur de protection contre plusieurs maladies chroniques. Une des barrières majeures à une alimentation équilibrée est la capacité monétaire des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. En 2001, environ 13 % de la population vit une situation d'insécurité alimentaire, une proportion qui s'établissait à 8 % en 1998. On souhaite donc voir diminuer cette proportion.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans

Objet et mesure :

- *Activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans*
  - Proportion de la population de moins de 15 ans atteignant le niveau requis hebdomadaire d'activité physique (Québec, Estrie, à développer par MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives à l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans sont disponibles au niveau provincial dans l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* de l'Institut de la statistique du Québec. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie envisage de mener de façon récurrente une enquête dans les écoles de la région pour obtenir des données locales.

- *Période de traitement*
  - Les données sur l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - La sédentarité est un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques. Plus tôt on acquiert le goût de la pratique de l'activité physique, plus on a de chance de conserver cette pratique à l'âge adulte. Par ailleurs, en lien avec l'augmentation de l'obésité, on sait que la sédentarité est en hausse chez nos jeunes. On souhaite donc voir augmenter la proportion de la population de moins de 15 ans atteignant le niveau requis hebdomadaire d'activité physique.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Objectif : Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique

Objet et mesure :

- *Activité physique chez les personnes de 15 ans et plus*
  - Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus atteignant le niveau requis hebdomadaire d'activité physique (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données relatives à l'activité physique sont disponibles aux cinq ans entre 1987 et 1998 et aux deux ans à partir de 2000-2001, et ce, au niveau régional et provincial. Avant 2000-2001, les données proviennent des enquêtes de Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec. À partir de 2000-2001, les données proviennent des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada.

- *Période de traitement*
  - Les données sur l'activité physique sont traitées au gré de leur disponibilité et font référence à l'année de l'enquête.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - La sédentarité est un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques. La sédentarité est en hausse au sein de la population âgée de 15 ans ou plus. On souhaite donc voir augmenter la proportion de la population âgée de 15 ans ou plus atteignant le niveau requis hebdomadaire d'activité physique.

DOMAINE
Traumatismes non intentionnels

164-166

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Objectif : Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route

Objets et mesures :

- *Accidents de la route*
  - Nombre de décès et taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie, MRC)
- *Accidents de véhicules hors route*
  - Nombre de décès et taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du MSSS (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours) et du profil statistique de la Société de l'assurance automobile du Québec produit chaque année.
- *Périodes de traitement*
  - Les taux de mortalité sont généralement calculés pour des périodes de trois ans pour les diverses divisions territoriales. Lorsque les effectifs sont restreints (accidents de véhicules hors route dans une petite MRC), une période de cinq ans serait utilisée.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier est en diminution constante, ce qui ne semble pas être le cas chez les conducteurs de véhicules hors route (motoneiges, véhicules tout-terrain,). On souhaite donc voir encore diminuer les décès chez les usagers du réseau routier, particulièrement chez les jeunes adultes. On espère aussi voir enfin diminuer le nombre de décès chez les conducteurs de véhicules hors route.

Objectif : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile

Objet et mesures :

➢ *Chutes et blessures à domicile*

- Nombre de décès et taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie, MRC)
- Nombre d'hospitalisations et taux d'hospitalisation selon le diagnostic (Québec, Estrie, MRC)
- Nombre de noyades dans des piscines résidentielles (Québec, Estrie, MRC)
- Nombre de cas d'intoxication rapportés et taux d'intoxication (Québec, Estrie)

Données et tendances :

➢ *Fréquences et sources*

- Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du MSSS, produit chaque année (avec un à trois ans de retard sur l'année en cours)
- Les données de morbidité hospitalière proviennent du fichier Med-Écho pour chaque année financière.
- Le nombre de noyades dans les piscines résidentielles proviendrait annuellement du fichier du coroner.
- Les données sur les intoxications rapportées proviennent annuellement du Centre Anti-poison du Québec.

➢ *Périodes de traitement*

- Les taux de mortalité sont généralement calculés pour des périodes de trois ans, alors que les taux de morbidité hospitalière le sont pour des périodes de deux ans, pour les diverses divisions territoriales. Lorsque les effectifs sont restreints (données par MRC), une période plus longue serait préférable.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- La prévalence des chutes et des blessures à domicile est stable dans l'ensemble de la population, mais à la hausse chez les personnes âgées. On souhaite donc voir diminuer cette prévalence, particulièrement chez les personnes âgées.
- Selon la Croix-Rouge, la noyade est l'une des principales causes de décès chez les enfants canadiens âgés de un à quatre ans, soit au deuxième rang après les décès reliés aux accidents d'automobile. On ne peut que souhaiter voir diminuer le nombre de décès dus à cette cause.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

- La prévalence des intoxications accidentelles est à la hausse dans la population selon le Centre Anti-poison du Québec. Près de 40 % des cas d'intoxication rapportés au Centre Anti-Poison du Québec touchent des jeunes de moins de 6 ans. On souhaite voir diminuer cette prévalence, particulièrement chez les jeunes enfants.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Objectif : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs

Objet et mesures :

- *Traumatismes récréatifs ou sportifs*
  - Nombre de décès et taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie)
  - Nombre d'hospitalisations et taux d'hospitalisation selon le diagnostic (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du MSSS, produit chaque année; les données de morbidité hospitalière proviennent du fichier Med-Écho pour chaque année financière.

- *Périodes de traitement*
  - Les taux de mortalité sont généralement calculés pour des périodes de trois ans, alors que les taux de morbidité hospitalière le sont pour des périodes de deux ans, pour les diverses divisions territoriales. Lorsque les effectifs sont restreints (données par MRC), une période de cinq ans sera utilisée.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Les traumatismes d'origine récréative ou sportive sont responsables de décès et de blessures graves, surtout chez les jeunes. On sait par exemple que les décès et les blessures sérieuses nécessitant une hospitalisation sont à la hausse chez les jeunes adeptes de planche à neige. On espère donc voir diminuer la prévalence de ces traumatismes.

DOMAINE
Maladies infectieuses

172–174

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Objectifs d'ici 2006 :

- **Maintenir à 0 l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes**
- **Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination**
- **Maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 cas par année chez les enfants de moins de 5 ans**
- **Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002**
- **Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à zéro**
- **Réduire de 50 % (2,5/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite A**
- **Réduire de 50 % (1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë**
- **Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins**
- **Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination**

Objectifs d'ici 2012 :

- **Réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination**
- **Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans**
- **Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans et plus**
- **Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger**

Objets et mesures :

- *Maladies et conséquences*
  - Nouveaux cas de diphtérie, poliomyélite, tétanos, rage, rougeole, rubéole, rubéole congénitale, oreillons, infections à *Haemophilus influenzae* de type b, coqueluche, hépatite A, hépatite B, infections à méningocoque par souche, infections invasives à pneumocoque, fièvre typhoïde, choléra, fièvre jaune (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation annuel pour ces maladies ou pour les syndromes cliniques reliés à ces maladies ainsi que pour la varicelle, le zona, les pneumonies et la grippe (Québec, Estrie, MRC)
  - Consultations à l'urgence pour des syndromes respiratoires (Québec, Estrie)
  - Taux de mortalité due à toutes ces maladies et aux syndromes cliniques reliés à ces maladies (Québec, Estrie, MRC)

- *Présence des microbes spécifiques*
  - Nombre de spécimens positifs pour la diphtérie, la salmonella par souche, le virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, l'*Haemophilus inluenza* par souche, le méningocoque par souche, le streptocoque par souche, le virus de l'influenza, le virus de la poliomyélite, le virus de la rage, le vibrion de choléra et le virus de la fièvre jaune (Québec, Estrie)
  - Nombre de cas de rage chez les animaux (Québec, Estrie)

- *Statut vaccinal*
  - Couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'*Haemophilus influenza* de type b, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, le méningocoque, le pneumocoque, l'influenza et la varicelle dans le cas où le programme de vaccination contre la varicelle est implanté (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de vaccinations à la Clinique du voyageur contre la typhoïde, l'hépatite A, le choléra et la fièvre jaune (Estrie)

- *Effets secondaires de la vaccination*
  - Fréquence des effets secondaires reliés à l'immunisation selon le vaccin (Québec, Estrie)

MALADIES INFECTIEUSES

➢ *Facteurs spécifiques de risque*

- Cas de ces maladies selon la source probable : exposition ou comportement (Estrie)
- Influenza et infections invasives à pneumocoque
  - Hospitalisation pour maladie cardiovasculaire et pour maladie pulmonaire obstructive chronique (Québec, Estrie, MRC)
  - Fréquence des comportements et des conditions de risque comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, la surconsommation d'alcool (quatorze consommations ou plus par semaine) (Québec, Estrie)
  - Nombre d'usagers de ressources d'hébergement de soins de longue durée (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

➢ *Fréquences et sources*

Mesure	Source	Fréquence
Nouveaux cas de maladies	Fichier MADO	Annuelle
Hospitalisation	Fichier Med-Écho	Annuelle
Consultation à l'urgence	Fichier SIURGE	Annuelle
Mortalité	Fichier des décès	Annuelle
Nombre de spécimens positifs	Système de surveillance du Laboratoire de santé publique du Québec	Annuelle
Cas de rage animale	MAPAQ	Annuelle
Couverture vaccinale	INSPQ Système régional d'information	Annuelle Annuelle
Vaccination à la Clinique du voyageur	Bilan de la clinique	Annuelle

MALADIES INFECTIEUSES		
Mesure	**Source**	**Fréquence**
Effets secondaires de l'immunisation	Fichier ESPI (INSPQ)	Annuelle
Maladies selon la cause probable	Bilan des enquêtes épidémiologiques	À développer
Fréquence des comportements et des conditions de risque	Enquête de Santé Québec, ESCC	1987, 1992-1993, 1998 aux deux ans depuis 2001
Fréquence de diabète	Système national de surveillance du diabète INSPQ	Annuelle
Usagers de ressources d'hébergement	Les rapports statistiques annuels (formulaire AS-478)	Annuelle
	Système IMAGE, coordination régionale des placements	Continue

➢ *Périodes de traitement*

- Les données sur l'incidence, les hospitalisations et la mortalité dues à la diphtérie, à la poliomyélite, au tétanos, à la rage, à la rougeole, à la rubéole, à la rubéole congénitale, aux oreillons, à l'infection à *Haemophilus influenza*, à l'hépatite A, à l'infection à méningocoque, à la fièvre typhoïde, à la fièvre jaune et au paludisme seront analysées sur une base de cinq ans.
- Les données sur l'incidence de la coqueluche et les infections à pneumocoque ainsi que les données sur les hospitalisations pour la varicelle et le zona, les pneumonies et la grippe seront analysées sur une base de trois ans.
- Les données sur les présences de microbes spécifiques, celles sur le statut vaccinal et les effets secondaires de la vaccination seront analysés annuellement.
- Les données sur les facteurs spécifiques de risque seront analysées sur une base de trois ans, sauf pour les données provenant des enquêtes de santé qui seront analysées selon la fréquence des enquêtes.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- On souhaite que la couverture vaccinale contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, la rage, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'*Haemophilus influenzae* de type b, la coqueluche, l'hépatite A, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque et l'influenza atteigne toutes les personnes visées par le programme de vaccination.
- La vaccination contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'*Haemophilus influenzae* de type b, la coqueluche, l'hépatite B et le méningocoque C fait partie du programme de vaccination systématique des jeunes. On souhaite que l'incidence de ces maladies tombe à zéro. Actuellement, au Québec, il n'y a pas de cas de diphtérie et de poliomyélite, et l'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons est en chute. On souhaite qu'éventuellement ces maladies ne soient diagnostiquées que chez des personnes arrivant de l'extérieur.
- En ce qui concerne l'hépatite A et la rage, les programmes de vaccination visent les personnes dont le travail ou les loisirs les mettent à risque de ces maladies. Dans le cas de l'hépatite A, le programme de santé au travail, les actions visant les comportements sexuels sains et celles visant le maintien de la qualité de l'eau potable auraient également un effet positif sur l'incidence de la maladie.
- Le tétanos et la rage sont des maladies très rares dont la source d'infection provient respectivement du sol ou de l'animal. On ne peut pas éliminer la bactérie causale du tétanos d'où toujours la possibilité d'infection. Quant à la rage, la surveillance de cette maladie chez les animaux nous informe sur le risque potentiel que coure la population.
- Le tableau clinique des infections à certaines bactéries autres que celles visées par le vaccin contre la coqueluche pourraient ressembler à celui de la coqueluche. En ce qui concerne les méningocoques et l'*Haemophilus influenzae*, des souches autres que celles contre lesquelles les vaccins sont efficaces peuvent donner la maladie. Dans ces cas, un cas clinique peut être déclaré sans une confirmation de laboratoire. Ainsi, avec un bon taux de couverture vaccinale contre ces maladies, on peut réussir à diminuer l'incidence sans atteindre une incidence de cas clinique de zéro. Par contre, on souhaite que l'incidence des cas causés par la bactérie ou par la souche visée par le vaccin tombe à zéro.
- Les personnes âgées et certaines personnes aux prises avec une maladie chronique sont plus à risque de subir des conséquences graves lors d'une infection à l'influenza ou à pneumocoque. On souhaite diminuer ces conséquences par la vaccination. Si on atteint un taux adéquat de vaccination contre ces maladies, on s'attend à voir, dans la population visée, une diminution du « pic hivernal » de grippe. De plus, les actions de santé publique qui visent à réduire la prévalence des maladies chroniques et l'amélioration des habitudes de vie devraient amener une diminution du nombre de personnes atteintes par des maladies qui les mettent à risque de subir des conséquences graves suite à une infection à influenza ou à pneumocoque.

MALADIES INFECTIEUSES
– Les taux de morbidité et de mortalité dues à la varicelle, au zona et aux infections à pneumocoque chez les enfants resteront stables jusqu'à ce que ces maladies soient incluses dans le programme de vaccination systématique des enfants. Les taux de morbidité et de mortalité dues à la varicelle et aux infections à pneumocoque chuteront rapidement chez la clientèle vaccinée. Par contre, pour le zona, il faudra attendre quelques dizaines d'années avant d'assister à une baisse marquée. – Si la couverture vaccinale augmentait, parallèlement on pourrait s'attendre à une hausse des effets secondaires dans la population. Par contre, le taux d'effets secondaires par dose du vaccin devrait rester stable. La recherche et le développement des vaccins visent toujours à diminuer le risque des effets secondaires.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT INCLUANT LE VIH/SIDA ET L'HÉPATITE C

Objectifs d'ici 2006 :

- **Réduire à moins de 5 le nombre de par le VIH chaque année**
- **Réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis***
- **Réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans**
- **Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas sur 100 000 personnes)**
- **Réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale**
- **Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement**

Objectifs d'ici 2012 :

- **Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH**
- **Réduire l'incidence de l'hépatite C**
- **Réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie**
- **Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination**
- **Réduire à moins de 10 cas pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique**
- **Réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement**

Objets et mesures :

- *Maladies et conséquences*
  - Les nouveaux cas d'infection par VIH, d'infection à *Chlamydia trachomatis,* de syphilis, de syphilis congénitale, de chancre mou, de lymphogranulomatose vénérienne, de granulome inguinal, d'hépatite C et de gonorrhé (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation pour sida, syphilis chronique et syphilis congénitale, hépatite C, cirrhose du foie, grossesse ectopique (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité due à la syphilis, à l'hépatite C, à la cirrhose du foie, à la grossesse ectopique et au sida (Québec, Estrie, MRC)

➢ *Facteurs spécifiques de risque*
- Proportion de la population avec comportement sexuel à risque (Québec, Estrie)
- Répartition des sources probables de nouveaux cas (Estrie)

Données et tendances :

➢ Fréquences et sources

Mesure	Source	Fréquence
Nouveaux cas de maladies	Fichier MADO	Annuelle
Hospitalisations	Fichier Med-Écho	Annuelle
Mortalité	Fichier des décès	Annuelle
Comportements sexuels	Enquête de Santé Québec, ESCC	1987, 1992-1993, 1998, aux deux ans à partir de 2001
Sources probables des nouveaux cas	Bilan des enquêtes épidémiologiques des cas déclarés	À développer

➢ *Périodes de traitement*
- Les données sur l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'hépatite C seront analysées annuellement au niveau régional et sur une base de trois ans au niveau des MRC
- Les données sur les hospitalisations pour grossesse ectopique seront analysées sur une base de trois ans au niveau régional et sur une base de cinq ans au niveau des MRC.
- L'analyse des données provenant des enquêtes de population suivra la fréquence des enquêtes.
- Les autres données seront analysées sur une base de cinq ans.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*
- En ce qui concerne ces infections, les actions de santé publique visent à modifier les comportements sexuels et à améliorer l'accessibilité aux traitements efficaces des personnes atteintes et de leurs contacts afin d'empêcher la transmission.
- Dans le cas de l'hépatite C et du VIH/sida, l'hémovigilance ainsi que les actions auprès des utilisateurs et utilisatrices de drogues intraveineuses visent à empêcher la transmission par la voie sanguine.

MALADIES INFECTIEUSES

- Les actions visant l'estime de soi et certaines activités du programme « Écoles en santé » pourraient retarder l'âge des premières relations sexuelles. Les activités du programme « Écoles en santé » et celles visant les comportements sexuels chez les adultes devraient contribuer à faire augmenter le recours aux méthodes de protection contre ces maladies, entre autres, l'utilisation du condom surtout lors des relations avec de nouveaux partenaires ou avec les travailleurs et travailleuses du sexe.
- Les nouveaux cas de syphilis congénitale et d'infections bactériennes rares transmissibles sexuellement sont déjà très peu nombreux. En conséquence, il faudra traiter les données sur quelques années pour pouvoir discerner la diminution souhaitée de ces maladies au niveau provincial. Ceci est aussi le cas de la syphilis au niveau régional.
- En ce qui concerne l'hépatite C, le VIH/sida et la syphilis, l'hospitalisation et le décès ne surviennent que plusieurs années après l'infection. Dans ce contexte, il faut comprendre que les taux d'incidence présentement observés pour ces maladies nous permettent d'anticiper des taux d'hospitalisation et de décès à venir dans un certain nombre d'années.
- La cirrhose du foie est la conséquence de plusieurs facteurs parmi lesquels les actions de santé publique auraient un effet sur la consommation chronique de l'alcool et l'infection à l'hépatite B ou l'hépatite C. En conséquence, le programme de santé publique contribuerait à la diminution de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie. Également, la réduction recherchée de la chlamydiose et de la gonorrhée contribuerait à la diminution de la morbidité et de la mortalité liées aux grossesses ectopiques.

LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Objectifs :

- **Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins**
- **Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à E. coli 0157 et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter***
- **Réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus**
- **Réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément, maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2 cas pour 100 000 personnes dans les régions du Québec autres que Montréal**
- **Maintenir à moins de 20 (au Québec) le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage**

Objet et mesure :

- *Les maladies*
  - Nombre de cas d'éclosions des entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et des *staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) (Québec, Estrie)
  - Nombre de cas par éclosion de ERV et de SARM (Québec, Estrie)
  - Nombre de cas d'infections à E.coli 0157, d'infections à *Salmonella enteritidis*, d'infections à *Campylobacter*, de tuberculose, de zoonoses à déclaration obligatoire (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation pour infections entériques, tuberculose, zoonoses autres que la rage et pour effet adverse du sang ou produits du sang lors de l'usage thérapeutique (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité par tuberculose et par zoonoses autres que la rage, infections entériques, effet adverse du sang ou produits du sang lors de l'usage thérapeutique (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de cas de maladies liées à la transfusion du sang ou des produits du sang (Québec, Estrie)

➢ *Facteurs de risque*

- Nombre de spécimens positifs pour ERV, SARM, E.coli 0157, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter*, et pour *Mycobactérium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae* et pneumocoque résistants aux antimicrobiens (Québec, Estrie)
- Fréquence de certaines maladies animales (Estrie)
- Répartition des sources probables de nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire (Estrie)

Données et tendances :

➢ *Fréquence et source*

Mesure	Source	Fréquence
Éclosions et cas d'éclosions de ERV et de SARM	Laboratoire national de santé publique, Programme de surveillance	Annuelle
Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire	Fichier MADO	Annuelle
Hospitalisations	Fichier Med-Écho	Annuelle
Mortalité	Fichier de décès	Annuelle
Cas de maladies liées à la transfusion sanguine	Système de surveillance de Héma-Québec	Annuelle
Spécimens positifs	Laboratoire national de santé publique	Annuelle
Certaines maladies animales	MAPAQ	Annuelle
Cas selon la source probable	Bilan des enquêtes épidémiologiques des cas déclarés	À développer

➢ *Périodes de traitement*

- Les données en lien avec les éclosions de ERV et de SARM seront analysées annuellement.
- Les données sur l'incidence des maladies seront analysées sur une base de trois ans.
- Les données sur les hospitalisations pour les infections entériques seront analysées sur une base de trois ans.

MALADIES INFECTIEUSES

- Les données sur les hospitalisations pour tuberculose et pour l'effet adverse du sang seront analysées sur une base de cinq ans.
- Les données sur la mortalité seront analysées sur une base de cinq ans.
- Les données sur les cas de maladies liées au sang et aux produits du sang seront analysées sur une base de trois ans.
- Les données sur les spécimens positifs seront analysées annuellement.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- On souhaite voir diminuer le nombre d'éclosions ainsi que le nombre de cas par éclosion associés aux microbes résistants aux antimicrobiens. On souhaite, également, que la proportion des spécimens positifs pour les microbes résistants aux antimicrobiens diminue.
- On souhaite voir diminuer la morbidité et la mortalité liées aux infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, aux infections à *Neisseria gonorrhoeae* productif de pénicilliase, aux infections à pneumocoque résistant aux antibiotiques, à la tuberculose, aux infections nosocomiales, aux infections à E coli 0157, aux salmonelloses, aux infections à *Campylobacter*, aux infections virales transmissibles par les produits sanguins et aux zoonoses.
- La fréquence des maladies animales transmissibles aux humains indique le risque d'infection que court la population.

DOMAINE
Santé environnementale

188 - 190

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Objectif : Réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique

Objets et mesures :

- *Maladies respiratoires reliées à la pollution atmosphérique*
  - Taux de mortalité selon la cause et la date (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation selon le diagnostic et la date (Québec, Estrie, MRC)

- *Maladies cardiovasculaires reliées à la pollution atmosphérique*
  - Taux de mortalité selon la cause et la date (Québec, Estrie, à développer pour les MRC)
  - Taux d'hospitalisation selon le diagnostic et la date de l'année (Québec, Estrie, à développer pour les MRC)

- *Qualité de l'air extérieur*
  - Fréquence d'occurrence des différentes catégories de l'indice de qualité de l'air québécois (Ville de Sherbrooke)

- *Sources de pollution*
  - Proportion des modes de transport utilisés pour se rendre au travail (automobile, transport en commun, marche, bicyclette, taxi, autre moyen) (Québec, Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la qualité de l'air proviennent du ministère de l'Environnement et sont disponibles quotidiennement.
  - Les données sur les moyens de transport proviennent du recensement (Statistique Canada) et sont disponibles aux cinq ans.

- *Périodes de traitement*
  - Les données provenant du recensement seront analysées aux cinq ans.
  - Les données sur la pollution atmosphérique seront analysées annuellement.
  - Les données sur la morbidité et la mortalité seront analysées sur une base de trois ans.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Les indicateurs des maladies reliées à la pollution sont peu développés. On peut observer, dans les grandes villes, un excès de problèmes de santé chez les personnes souffrant de maladies cardiaques et respiratoires liées aux journées de « smog ». Par contre, pour les cas individuels, on ne peut pas associer directement la pollution aux problèmes cardiaques ou respiratoires. En plus, en dehors des grands centres urbains, ce phénomène pourrait être difficile sinon impossible à mesurer.
- On aimerait voir également une diminution de la fréquence des jours où la pollution atmosphérique est élevée. Par contre, la croissance de la population de Sherbrooke et son développement industriel risquent de faire accroître la pollution, à moins qu'il n'existe des stratégies efficaces pour la diminuer.
- L'utilisation de l'automobile pour se rendre au travail contribue de façon significative à la pollution atmosphérique des villes; ainsi, il est à souhaiter que le recours à d'autres formes de transport pour se rendre au travail augmente.

Objectif : Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux

Objet et mesures :

- *Allergies*
  - Prévalence déclarée de la rhinite allergique (Québec, Estrie)
  - Prévalence déclarée de l'asthme (Québec, Estrie)
  - Proportion de la population ayant pris des médicaments pour l'asthme (Québec, Estrie)
  - Taux d'hospitalisation pour l'asthme (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité pour l'asthme (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur la prévalence des allergies et sur la prise des médicaments proviennent des enquêtes de santé de la population.
  - Les enquêtes de Santé Québec ont été réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998.
  - Les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes sont réalisées aux deux ans à partir de 2001.
  - Les données sur la morbidité hospitalière proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier de décès et sont disponibles annuellement.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur les allergies déclarées seront analysées aux deux ans selon la fréquence de l'enquête.
  - Les données sur la morbidité hospitalière seront analysées sur une base de trois ans.
  - Les données sur la mortalité seront analysées sur une base de cinq ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - En ce qui concerne les données de surveillance, il n'y a pas de méthode pour distinguer les allergies déclenchées par l'herbe à poux de celles déclenchées par d'autres facteurs. Par contre, le contrôle de l'herbe à poux aurait comme résultat une diminution de la morbidité et de la mortalité liées aux allergies durant le mois d'août, mois où l'herbe à poux diffuse son pollen.
  - Prenant pour acquis que l'utilisation des médicaments contre l'asthme est un indicateur de morbidité, on souhaite voir diminuer le recours à ces médicaments. Par contre, on souhaite accroître l'accessibilité aux médicaments efficaces pour les personnes atteintes.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Objectif : Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics

Objets et mesures :

- *Expositions à la fumée secondaire*
  - Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui ne fume pas et qui a été exposée à la fumée secondaire presque chaque jour au cours du mois précédant l'enquête (Québec, Estrie)
  - Proportion de ménages avec au moins un membre qui fume habituellement à l'intérieur de la maison (Québec, Estrie)

- *Qualité du logement*
  - Proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures (Québec, Estrie, MRC)
  - Proportion de ménages surpeuplés (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur l'exposition à la fumée secondaire proviennent des enquêtes de santé de la population dont les enquêtes de Santé Québec, qui ont été réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et les enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont réalisées aux deux ans, et ce, à partir de 2001.
  - Les données sur la qualité des logements proviennent du recensement fait aux cinq ans.

- *Périodes de traitement*
  - L'analyse de ces données suivra le rythme des sources de données, soit aux deux ans pour les données provenant des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes et aux cinq ans pour celles provenant du recensement.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On souhaite diminuer la proportion des personnes exposées à la fumée secondaire du tabac et augmenter la proportion des ménages où personne ne fume à l'intérieur de la maison. Les actions de santé publique visant les maladies chroniques et les habitudes de vie cherchent à diminuer la proportion des fumeurs et fumeuses dans la population. Ceci contribuerait à l'atteinte de cet objectif.
  - La proportion des logements surpeuplés et de ceux nécessitant des réparations majeures est un indicateur de la proportion de la population exposée à des risques potentiels de santé posés par l'air intérieur. Par contre, l'état physique des édifices publics, des écoles et des lieux de travail contribue aussi au risque.

Objectif : Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)

Objet et mesures :

- *Cancers du poumon et mésothéliome de la plèvre et du péritoine*
  - Incidence des cancers du poumon et du mésothéliome (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation pour cancer du poumon (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité pour cancer du poumon (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur l'incidence proviennent du fichier de tumeurs et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès et sont disponibles annuellement.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur le cancer du poumon seront analysées sur une base de trois ans.
  - Les données sur le mésothéliome seront analysées sur une base de trois ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le facteur de risque le plus fréquent du cancer du poumon est le tabagisme. Les facteurs de risque environnementaux contribuent moins au fardeau de la maladie au sein de la population. Par ailleurs, le mésothéliome est fortement lié à l'exposition à l'amiante, mais, parmi les personnes exposées à l'amiante, les fumeurs et fumeuses ont dix fois plus de risques de développer le mésothéliome que ceux et celles qui ne fument pas. Ainsi, les effets des actions de santé publique visant l'exposition à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques risquent d'être masqués par les changements dans le taux de tabagisme.
  - Étant donné la longue période entre l'exposition à un facteur déclenchant et l'apparition du cancer, la diminution de la morbidité et de la mortalité dues à ces cancers suivra par quelques dizaines d'années les actions pour les prévenir.

Objectif : Diminuer l'incidence des cancers de la peau

Objet et mesures :

- *Cancers de la peau*
  - Incidence des cancers de la peau (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation pour cancer de la peau (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité pour cancer de la peau (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur l'incidence proviennent du fichier de tumeurs et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès et sont disponibles annuellement.

- *Périodes de traitement*
  - Les données seront analysées sur une base de trois ans au niveau de l'Estrie et sur une base de cinq ans au niveau des MRC.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On souhaite diminuer la morbidité et la mortalité liées aux cancers de la peau. Étant donné la longue période entre l'exposition à un facteur déclenchant et l'apparition du cancer, la diminution de la morbidité et de la mortalité dues à ces cancers suivra par quelques dizaines d'années les actions pour le prévenir.

Objectif : Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique

Objets et mesures :

- *Maladies d'origine hydrique (éclosions, intoxications)*
  - Nombre de cas et d'éclosions déclarés de maladie d'origine hydrique (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux d'hospitalisation selon le diagnostic (Québec, Estrie, MRC)
  - Taux de mortalité selon la cause (Québec, Estrie, MRC)
- *Qualité de l'eau potable*
  - Nombre de déclarations hors normes pour contamination microbiologique (contamination des réseaux et puits) (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre d'avis de faire bouillir l'eau lors de contamination microbiologique (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de déclarations hors normes pour la turbidité dans les réseaux de distribution de l'eau potable (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de déclarations hors normes pour cause de contamination chimique (selon l'agent en cause) (Québec, Estrie, MRC)
  - Approvisionnement en eau potable (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les cas et les éclosions proviennent du fichier MADO et du registre Éclosions géré par le Laboratoire de santé publique et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur les déclarations hors normes, celles sur les avis de faire bouillir l'eau et celles sur l'approvisionnement en eau potable proviennent du ministère de l'Environnement du Québec et sont disponibles annuellement.

- *Périodes de traitement*
  - Les données sur les cas de maladies entériques seront analysées sur une base de trois ans.
  - Les données sur les éclosions, les déclarations hors normes, les avis de faire bouillir l'eau et sur l'approvisionnement en eau potable seront analysées annuellement.
  - Les données sur les hospitalisations et sur la mortalité seront analysées sur une base de trois ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On souhaite diminuer la morbidité d'origine hydrique.
  - Avec une meilleure gestion de la qualité de l'eau potable, on s'attend à ce que le nombre de fois où la qualité de l'eau est hors normes et le nombre de fois où il faut émettre un avis de faire bouillir l'eau diminuent.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Objectif : Réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé

Objets et mesures :

- *Intoxications et conséquences*
  - Nombre de cas déclarés selon l'agent toxique (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre d'hospitalisations selon l'agent toxique (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de décès selon l'agent toxique (Québec, Estrie, MRC)
  - Nombre de cas d'intoxication au monoxyde de carbone traités en chambre hyperbare (Québec, Estrie, MRC)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les cas déclarés d'intoxication proviennent du fichier MADO et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur les hospitalisations proviennent du fichier Med-Écho et sont disponibles annuellement.
  - Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès et sont disponibles annuellement.
- *Périodes de traitement*
  - Les données sur les cas déclarés, les hospitalisations et la mortalité seront analysées sur une base de trois ans au niveau de l'Estrie et sur une base de cinq ans au niveau des MRC.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - On souhaite réduire la morbidité et la mortalité liées aux intoxications. On soupçonne que les cas d'intoxication à déclaration obligatoire sont sous-déclarés. Les efforts pour améliorer le système de déclaration de ces intoxications, surtout celles au monoxyde de carbone, peuvent augmenter le nombre de cas déclarés dans un premier temps.

DOMAINE
Santé au travail

204 - 206

Objectif : Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques

Objet et mesure :

- *Intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants*
  - Nombre de cas incidents (Estrie)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les lésions professionnelles, incluant les cas reconnus d'intoxications causées par le monoxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides et les gaz irritants, sont produites chaque année par la CSST.
  - Aucune source de données pour la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques.
- *Période de traitement*
  - Les intoxications professionnelles étant généralement peu fréquentes, le traitement requiert des données pour une période minimale de trois ans.
- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Très peu ou pas de nouveaux cas d'intoxication à ces produits sont reconnus annuellement par la CSST en Estrie. Par contre, comme ces intoxications sont très sévères et peuvent entraîner la mort, et même si leur nombre est très petit, on en surveille quand même l'évolution sans anticiper une tendance populationnelle.

Objectif : Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques

Objet et mesure :

- *Maladies infectieuses professionnelles*
  - Nombre de cas incidents (Estrie, secteurs d'activité économique)

Données et tendances :

- *Fréquence et source*
  - Les données sur les lésions professionnelles, incluant les maladies infectieuses professionnelles, sont produites annuellement par la CSST.

- *Période de traitement*
  - Les maladies infectieuses professionnelles étant généralement peu fréquentes, le traitement requiert des données pour une période de trois ans.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Compte tenu de la très grande sous-déclaration de ce type d'événements en Estrie comme au Québec, particulièrement en milieu hospitalier, ce phénomène est très difficile à surveiller puisqu'on n'en connaît pas l'importance réelle. Dans l'attente de meilleures données, on ne peut présentement anticiper de tendance populationnelle.

Objectif : Diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs et des travailleuses à des substances cancérogènes

Objet et mesures :

➢ *Cancers des voies respiratoires, cancers de la vessie et autres cancers professionnels*

- Nombre de cas incidents de cancers des voies respiratoires (Estrie) et nombre de décès (Estrie)
- Nombre de cas incidents de mésothéliomes (Estrie) et nombre de décès (Estrie)

Données et tendances :

➢ *Fréquence et source*

- Les données sur les lésions professionnelles, incluant les cas reconnus (et les décès) de cancers d'origine professionnelle, sont produites annuellement par la CSST.

➢ *Période de traitement*

- Les cancers d'origine professionnelle étant généralement peu fréquents, le traitement requiert des données pour une période minimale de trois ans.

➢ *Interprétation/utilisation/tendances*

- Chaque année, la CSST reconnaît en Estrie quelques cas seulement de cancers des voies respiratoires attribuables généralement à l'exposition à l'amiante. Comme le niveau d'exposition à l'amiante a beaucoup diminué au cours des dernières décennies, on peut s'attendre à une baisse des nouveaux cas.
- Relativement aux cas de cancers de la vessie attribuables à une exposition professionnelle, aucun cas n'a été reconnu en Estrie par la CSST au cours de la dernière décennie.

Objectif : Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs et travailleuses au bruit en milieu de travail

Objets et mesures :

- *Surdité professionnelle*
  - Nombre de nouveaux cas reconnus de surdité professionnelle (Estrie, secteurs d'activité économique)
  - Atteintes permanentes à l'intégrité physique et psychologique, selon le degré d'atteinte (Estrie, secteurs d'activité économique)
  - Taux de détection de la surdité professionnelle suite aux audiogrammes (Estrie, secteurs d'activité économique)

Données et tendances :

- *Fréquences et sources*
  - Les données sur les lésions professionnelles, incluant les cas reconnus de surdité, sont produites annuellement par la CSST.
  - Les résultats des examens audiométriques peuvent être obtenus annuellement (Centre d'expertise en dépistage, INSPQ).

- *Périodes de traitement*
  - Les cas de surdité professionnelle étant assez fréquents, le traitement requiert des données pour une période de deux ans pour l'Estrie, mais pour une période plus longue pour les analyses par secteur d'activité économique.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - La détection et la reconnaissance par la CSST des cas de surdité professionnelle sont fortement reliées à l'effort de détection annuelle consentie et à la provenance de ces travailleurs et travailleuses, facteurs qui varient sensiblement d'une année à l'autre. Autrement dit, le nombre annuel de cas est en fonction du nombre de travailleuses et travailleurs examinés et du type de travail effectué. Dans ce contexte, on ne peut anticiper aucune tendance populationnelle avec les données présentement disponibles.

Objectif : Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant

Objet et mesures :

- *Grossesse : facteurs de risque des issues de la grossesse liés au travail (physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, risques à la sécurité, organisationnels)*
  - Répartition des demandes dans le cadre du *Programme pour une maternité sans danger* (PMSD), selon les facteurs de risque évalués et retenus (Estrie, secteurs d'activité économique)
  - Nombre de semaines de grossesse lors des demandes dans le cadre du PMSD (Estrie, secteurs d'activité économique)

Données et tendances :

- *Fréquence et source*
  - Les données concernant le PMSD sont extraites du Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs, travailleuses (SMEST) chaque année.

- *Période de traitement*
  - L'analyse selon les facteurs de risque (évalués, retenus), de même que le nombre de semaines de grossesse, sont traités annuellement, et ce, pour l'Estrie et pour les principaux secteurs d'activité économique.

- *Interprétation/utilisation/tendances*
  - Le nombre des risques retenus chez les travailleuses pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse, et l'importance qu'on accorde à ces risques, a beaucoup changé au cours des années. En conséquence, même si en théorie on souhaite que les risques diminuent, on ne peut anticiper de changement avec une donnée non stable dans le temps, c'est-à-dire dont les critères varient constamment.
  - Par ailleurs, le nombre médian de semaines de grossesse lors de la demande par la travailleuse diminue régulièrement depuis le milieu des années 80. Ce résultat est encourageant parce que les travailleuses sont de moins en moins exposées longtemps aux facteurs de risque. Dans la mesure où une baisse supplémentaire est encore possible, on souhaite que ce nombre médian continue de diminuer.

PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

216 - 218

La notion de mobilisation des ressources, pour les fins de la santé publique, était absente jusqu'ici des textes de lois et de règlements régissant le réseau de la santé et des services sociaux.

En Estrie, le *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de l'Estrie*, adopté en 1997, prévoit des mécanismes de mobilisation, notamment au chapitre des urgences en santé publique où l'on mentionne, à propos des établissements de santé et de services sociaux ayant une mission de première ligne en santé publique :

> *« En vertu de leurs mandats de première ligne, les établissements peuvent avoir à participer à la réponse de santé publique. En plus d'aviser sans délai la Direction de la santé publique lorsqu'une situation d'urgence menace la santé publique, ils pourront aussi, au besoin, à la demande de la Régie régionale et en fonction des ressources disponibles :*
>
> - *participer à l'inventaire des risques à la santé publique présents sur leur territoire respectif;*
> - *assister la Direction de la santé publique au niveau des enquêtes épidémiologiques et du suivi auprès des populations touchées;*
> - *collaborer au programme de surveillance épidémiologique mis en place par la Direction de la santé publique à la suite d'une situation urgente;*
> - *prendre part à l'implantation des mesures de contrôle nécessaires à la protection de la santé publique (vaccination de masse, antidotes, information du public);*
> - *participer à l'évaluation des interventions. »*
>
> (*Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de l'Estrie*, 1997, p.37-38).

Au Québec, une première manifestation du concept de mobilisation apparaît en 1998 dans le *Plan québécois des urgences infectieuses* visant le contrôle des maladies à surveillance extrême (botulisme, choléra, fièvres hémorragiques, fièvre jaune, peste, variole). Ce plan établit, en effet, que le directeur ou la directrice de santé publique doit, en présence d'une de ces maladies sur son territoire :

- recourir aux services d'experts consultants et coordonner les activités;
- appliquer les mesures de surveillance et de contrôle appropriées.

Par contre, ce plan demeure silencieux quant à la mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire touché. En l'absence d'entente formelle, les directions de santé publique reposaient donc jusqu'ici sur la bonne volonté de leurs partenaires, lesquels, reconnaissant le caractère urgent d'une situation de menace à la santé publique, ont habituellement toujours collaboré dans la mise en place de mesures visant le contrôle et l'élimination de la menace identifiée.

L'obligation légale de développer un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux vise donc à formaliser cette bonne entente traditionnelle entre, d'une part, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, et d'autre part, les établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie, plus spécifiquement les établissements avec mission CLSC au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique.

CONTEXTE LÉGAL

La mise en œuvre de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, ainsi que celle du *Programme national de santé publique 2003-2012*, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La loi confirme les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique et donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions; cependant, elle leur attribue également des obligations.

Par ces moyens et ces obligations, la loi établit formellement des passerelles avec d'autres secteurs. Ce nouvel environnement légal dépasse donc la mise à jour de la Loi sur la protection de la santé publique; il se présente davantage comme une réforme profonde de l'encadrement législatif en matière de santé publique.

↳Le plan de mobilisation

Conformément à l'article 12 de la Loi sur la santé publique :

> *« Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. »* (Loi sur la santé publique, chapitre II, article 12).

Plus loin, le législateur précise davantage les conditions de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent :

> *« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »* (Loi sur la santé publique. chapitre XI, article 97).

La prochaine section précisera davantage les conditions de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire.

↳La notion de menace à la santé

L'article 12 de la Loi sur la santé publique, citée précédemment, précise que le plan de mobilisation s'applique lorsque *« la santé de la population [...] est menacée »*. Il convient donc de définir ce que la loi entend par la menace à la santé :

> *« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée »* (Loi sur la santé publique. chapitre I, article 2).

Au sens de l'article 2 de la loi, la menace à la santé de la population implique la présence d'un agent biologique, chimique ou physique (comme des radiations ou des ondes électromagnétiques). Ainsi, les agents mécaniques (par exemple, dans le cas des traumatismes dus aux accidents de la route) et les épidémies de phénomènes sociaux (par exemple, le suicide) ne représentent pas des menaces au sens de l'article 2. Ces cas sont visés plutôt par les mesures de prévention, entre autres, la demande d'aide formelle (article 55 de la Loi sur la santé publique).

La notion de menace appréhendée à la santé

Les autorités de santé publique interviennent lorsqu'elles jugent la menace réelle, mais elles peuvent également le faire lorsqu'une menace n'est qu'appréhendée. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la loi englobe, à l'article 2, toute situation où un agent est *« susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée »*.

Plus loin, lorsqu'elle précise les circonstances justifiant la tenue d'une enquête épidémiologique, la loi est encore plus explicite sur le rôle des autorités de santé publique face à une menace, qu'elle soit réelle ou appréhendée :

> *« Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être. »* (Loi sur la santé publique. n° 36, chapitre XI, article 96).

L'exemple suivant peut aider à mieux comprendre la notion de menace appréhendée. Le fait qu'il y ait un réservoir contenant un agent chimique susceptible de causer une menace ne constitue pas en soi une menace appréhendée si la présence de cet agent est contrôlée. Si un accident ou une détérioration du réservoir laisse soupçonner que la présence de cet agent n'est pas bien contrôlée, la situation peut correspondre à une menace appréhendée.

On comprend, dès lors, que le diagnostic de menace appréhendée relève du jugement professionnel, ce qui implique une évaluation systématique de chacune des situations présentées.

La notion d'épidémie

En vertu de l'article 2 de la loi, la menace à la santé définit les situations où un agent est *« susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée »*.

Le sens classique de la définition du mot *épidémie* a été retenu dans la loi. Ainsi, il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé : dans certaines situations, un seul cas pourra être suffisant pour constituer une menace à la santé de la population.

La notion d'épidémie est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination.

CONDITIONS DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

À l'article 97 de la Loi sur la santé publique, le législateur définit les conditions de mise en opération du plan de mobilisation:

> *« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. »* (Loi sur la santé publique. n° 36, chapitre XI, article 97).

Deux types de menace peuvent donc justifier le déclenchement, par le directeur ou la directrice de santé publique, du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire, soit :

- Une menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités de réponse de la Direction de santé publique, qui ne peut alors *« intervenir efficacement »*.
- Une menace d'une ampleur moindre mais nécessitant une réponse intensive, concentrée dans le temps, dictant alors un échéancier que ne peut rencontrer à elle seule la Direction de santé publique, qui ne peut alors *« intervenir dans les délais requis »*.

À titre d'exemple, la Direction de santé publique pourrait être confrontée à un épisode de toxi-infection alimentaire touchant un très grand nombre de personnes.

- D'emblée, l'ampleur de l'intervention initiale, soit l'enquête épidémiologique, pourrait amener un questionnement sur la capacité de la Direction de santé publique à « intervenir efficacement ».

- Si, par ailleurs, l'application des mesures de contrôle jugées appropriées requiert une intervention très concentrée dans le temps, l'intensité de cette intervention pourrait également amener un questionnement sur la capacité de la Direction de santé publique à *« intervenir dans les délais requis »*.

Dans les deux cas, le plan de mobilisation pourrait être activé.

MÉCANISME DE MISE EN OPÉRATION DU PLAN DE MOBILISATION

Schématiquement, le mécanisme de mise en opération du *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie* se présente comme suit :

ÉTAPE 1	Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.
Étape 2	Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.
Étape 3	Déclenchement du plan de mobilisation, si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est insuffisante.
Étape 4	Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné, puis, si nécessaire, des autres établissements de la région.
Étape 5	Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur ou de la directrice de santé publique et de l'évaluation.
Étape 6	Réalisation de l'intervention de santé publique, afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population.
Étape 7	Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Revoyons plus en détail chacune des étapes de mise en opération du plan de mobilisation, ainsi que les implications qui en découlent.

Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Au maximum de ses ressources, le Service protection de la santé publique de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie compte les effectifs suivants :

- trois infirmières à temps complet, dont deux affectées plus particulièrement aux enquêtes épidémiologiques;
- un médecin à temps complet et six médecins à temps partiel dont le temps de présence combiné totalise 2,8 équivalents temps complet;
- une agente de planification en santé environnementale;
- deux secrétaires et une commis senior.

L'expérience des années précédentes démontre que la probabilité demeure faible d'être confronté à une menace dont la gestion dépasse d'emblée les capacités de réponse du Service de protection de la santé publique.

Une certaine période de vulnérabilité est néanmoins présente en saison estivale, car aucun membre du personnel (à l'exception d'une secrétaire) n'est remplacé pendant ses vacances.

Étape 2 Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Avant de recourir au plan de mobilisation, un effort sera fait afin de mettre à contribution le personnel œuvrant dans les autres services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, et ce, selon leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel clérical et professionnel, après une formation intensive adéquate.

Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées au personnel infirmier et aux médecins, et parfois uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques, etc.). Ce type de ressources humaines est plus rare dans les autres services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, et une sollicitation trop marquée à ce niveau pourrait déclencher plus précocement le plan de mobilisation.

Étape 3 Déclenchement du plan de mobilisation, si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est insuffisante.

Le directeur ou la directrice de santé publique et de l'évaluation (ou, en son absence, la personne qu'elle aura déléguée) informera les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du déclenchement du plan de mobilisation.

Cette information sera acheminée au cadre assurant la garde pour l'établissement concerné, en lui indiquant, dans la mesure du possible, les éléments suivants :

- la catégorie et le nombre de professionnelles et professionnels nécessités pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation;
- la durée prévisible de la période de mobilisation;
- l'horaire adopté pour l'intervention (jour, soir, nuit, fins de semaine, etc.);
- le lieu où se déroulera l'intervention (à l'établissement même, aux bureaux de la DSPE, aux deux endroits à la fois, etc.);
- les ressources matérielles requises, s'il y a lieu;
- toute autre information jugée utile dans le cadre de l'intervention.

Le cadre de l'établissement concerné aura ensuite la responsabilité de communiquer cette réquisition de ressources humaines (et matérielles, le cas échéant) aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande.

Chacun des gestionnaires interpellés entrera alors en contact avec la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pour indiquer le nombre d'employés et d'employées des catégories sollicitées pouvant être mobilisés à ce moment précis, et recevra à son tour une information plus précise à transmettre à son personnel quant aux modalités d'opération, c'est-à-dire :

- date, heure et lieu de la formation intensive préalable à l'intervention;
- nature des tâches à accomplir;
- toute autre information jugée utile dans le cadre de l'intervention.

Étape 4 Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné, puis, si nécessaire, des autres établissements de la région.

En suivant le principe appliqué lors du déclenchement du *Plan régional des mesures d'urgence de santé et de services sociaux de l'Estrie*, l'application du plan de mobilisation des ressources touchera d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concerné par la menace à la santé.

La mobilisation de personnel visera plus spécifiquement les établissements avec mission CLSC au sein desquels prennent place la plupart des activités de première ligne en santé publique afin d'optimiser les efforts de formation qui devront prendre place par la suite.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'une MRC, les autres établissements de l'Estrie pourraient aussi être mis à contribution. La séquence de mobilisation pourra suivre l'ordre de proximité géographique par rapport au site de la menace, et pourra aussi viser les établissements pouvant libérer son personnel professionnel avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Les ressources humaines mobilisées seront placées sous l'autorité fonctionnelle du directeur ou de la directrice de santé publique et de l'évaluation (ou, en son absence, de la personne qu'elle aura déléguée) jusqu'à ce que le plan de mobilisation soit désactivé.

Étape 5 Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur ou de la directrice de santé publique et de l'évaluation.

Le directeur ou la directrice de santé publique et de l'évaluation a la responsabilité d'organiser, dans les plus brefs délais, les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiendront compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'établissements impliqués. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourra suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une formation plus formelle, prodiguée à l'établissement même ou, dans les cas touchant plusieurs MRC, centralisée à un endroit convenu à ce moment.

Étape 6 Réalisation de l'intervention de santé publique afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population.

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement pourra prendre place à l'établissement même ou aux bureaux de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, ou aux deux endroits à la fois. Quel que soit le scénario retenu, la supervision étroite des opérations devra être assurée afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe devront être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitorage constant, et que les ajustements requis soient amenés sans délai.

Étape 7 Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Le monitorage serré de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin afin que chaque membre du personnel dont les services auront été réquisitionnés retourne aussitôt que possible sous l'autorité de ses supérieurs habituels.

Une évaluation globale de l'intervention devra être effectuée dans les jours suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan. Encore ici, la forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

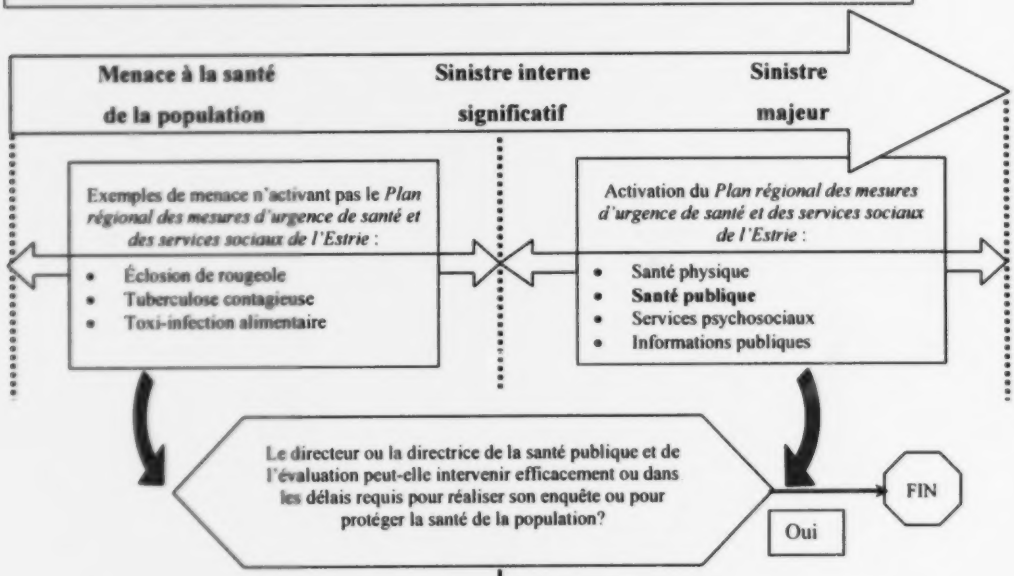
PLAN DE MOBILISATION ET PLAN RÉGIONAL DES MESURES D'URGENCE

Le plan de mobilisation des ressources doit être vu comme une réponse à l'obligation de s'organiser en vue de contrer les menaces à la santé de la population, au sens de la Loi sur la santé publique, dans les cas où le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire serait nécessaire sans que ces établissements soient l'objet de mesures d'urgence régionales au sens de la sécurité publique. Ces situations peuvent être vues comme des urgences particulières au cadre d'application de la Loi sur la santé publique; elles sont alors visées par le plan de mobilisation des ressources qui s'inscrit dans le cadre des activités relatives à la protection de la santé publique.

D'autre part, le *Plan régional des mesures d'urgence de santé et des services sociaux de l'Estrie* précise le rôle de la Direction de santé publique et de l'évaluation et celui des établissements de santé et de services sociaux lorsque survient un sinistre dans la communauté. Si des situations d'urgence prévues à ce plan s'accompagnent de menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique, le pouvoir d'enquête, conféré aux autorités de santé publique, peut s'exercer et le directeur ou la directrice de santé publique et de l'évaluation pourra déclencher le plan de mobilisation des ressources qui sera alors complémentaire au plan régional des mesures d'urgence.

Le schéma suivant présente le rôle du plan de mobilisation lors de la gestion d'une situation d'urgence, avec ou sans déclenchement du plan régional des mesures d'urgence, afin d'illustrer la façon dont ces deux plans sont imbriqués.

Rôle du *Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux* lors de la gestion d'une situation d'urgence



« Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. » (Loi sur la santé publique. n° 36, chapitre XI, article 97).

Définitions	
Menace	*« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. »* (Loi sur la santé publique. chapitre I, article 2).
Sinistre interne significatif	Sinistre limité à un établissement, mais suffisamment important pour nécessiter le support des autres établissements et de la Régie régionale.
Sinistre majeur	*« Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie. »* (Loi sur la sécurité civile. LRQc. P-173 article 2, paragraphe 1).

DEMANDE D'AIDE FORMELLE DU DIRECTEUR OU DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans les cas où la situation ne correspond pas à la définition de menace à la santé de la population, les autorités de santé publique ne peuvent s'en remettre au plan de mobilisation pour contrôler ou enrayer le risque identifié. Elles doivent plutôt faire appel à un autre mécanisme prévu par la Loi sur la santé publique, soit la demande d'aide formelle.

Ce recours est ainsi décrit par le législateur au chapitre VI portant sur la promotion de la santé et la prévention :

> *« Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.*
>
> *Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.*
>
> *Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique. »*
>
> (Loi sur la santé publique, chapitre VI, article 55).

La Loi sur la santé publique vient confirmer la légitimité des demandes d'aide formelles de la part du directeur ou de la directrice de santé publique aux autorités concernées pour participer à la recherche de solution relativement à un problème évitable de mortalité, de morbidité ou d'incapacité.

Ainsi, la demande d'aide formelle constitue un mécanisme permettant aux directeurs et aux directrices de santé publique de requérir la participation de partenaires à la recherche de solution pour des situations potentiellement dangereuses qui relèvent de la prévention des risques à la santé, et non de la protection de la santé au sens de la Loi sur la santé publique.

Le choix de recourir ou non à la demande d'aide formelle repose sur le jugement professionnel du directeur ou de la directrice de santé publique et doit tenir compte des précisions qu'apporte à cet égard l'article 55 :

> *« une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables [...] et, [...] il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques ».*

La demande d'aide formelle est un recours d'exception, après que les moyens usuels de concertation et d'influence aient été épuisés.

Participer à la recherche de solution signifie que les partenaires invités à cette démarche contribuent à bien cerner la situation problématique, à mieux la comprendre, à trouver des pistes de solutions possibles et, le cas échéant, participent à la mise en place de ces solutions ou d'une partie de ces solutions.

L'article ne donne pas aux directeurs et aux directrices de santé publique le pouvoir de contraindre des partenaires à une action.

Le directeur ou la directrice de santé publique est responsable selon l'article 373, 4° de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

> *« d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action ».*

Le pouvoir de demander formellement de l'aide est un corollaire de cette responsabilité et permet au directeur ou à la directrice de santé publique d'établir des passerelles avec d'autres secteurs en reconnaissant l'importance de leur participation à la recherche de solution aux problèmes de santé évitables.

Les liaisons avec les autres ministères seront effectuées par le ministre ou par le directeur national de santé publique, selon le cas. Les directeurs et les directrices de santé publique doivent, pour leur part, signaler au directeur national de santé publique toutes les situations où ce dernier ou le ministre pourrait devoir intervenir auprès d'un autre ministère. Quant à la collaboration entre les directions de santé publique et les directions régionales des autres ministères, la Loi sur la santé publique ne vient pas modifier les liens existants. Elle précise toutefois que le directeur national de santé publique doit être préalablement avisé.

Le fait d'informer le directeur national de santé publique qu'un directeur ou une directrice de santé publique adresse une demande d'aide formelle à un ministère ou un organisme gouvernemental permet au directeur national de santé publique de pouvoir agir auprès du ministère ou de l'organisme visé. Il s'agit, en fait, de garantir la transmission de l'information aux paliers concernés.

Le directeur ou la directrice de santé publique n'a pas l'obligation d'informer le directeur national de santé publique lorsqu'il adresse une demande à une municipalité.

S'il y a enquête relativement à une menace à la santé de la population, il est clair que la Loi sur la santé publique attribue aux directeurs et aux directrices de santé publique le pouvoir d'obtenir les données nécessaires à cette enquête et de mettre en place les mesures qui s'imposent, comme l'indiquent les articles 100 et 106 de la Loi sur la santé publique.

Par contre, si la situation ne représente pas une menace réelle ou appréhendée pour la santé de la population, le directeur ou la directrice de santé publique a toujours la responsabilité **d'évaluer les risques pour la santé, même si ces risques ne constituent pas une menace à la santé au sens de la loi**. Dans ce genre de contexte, le directeur ou la directrice de santé publique, lorsque les outils usuels de concertation pour assumer ses responsabilités ont été utilisés, peut recourir à l'article 55 pour demander aux personnes concernées de participer à la recherche d'une solution à un problème de mortalité ou de morbidité évitable. Il ou elle peut aussi, dans le cadre de la fonction de surveillance qui lui incombe, exiger des renseignements nécessaires à la réalisation de plans de surveillance, mais ne peut alors exiger de renseignements à caractère nominatif ou confidentiel.

PROTOCOLE DE CONFIDENTIALITÉ

Un protocole sur la sécurité des données à caractère nominatif a été adopté par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie conformément aux exigences de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Un tel protocole est essentiel à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, puisqu'on y manipule plusieurs fichiers et banques de données à caractère nominatif.

Ce protocole prend en compte la Loi sur la santé publique ainsi que la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels[e], mise à jour du 15 janvier 2001. Ce protocole vient préciser la manière de procéder relativement à l'utilisation des banques de données qui présentent un caractère confidentiel. Il encadre par le fait même les pratiques qui sous-tendent, entre autres, la réception et le traitement des données, la prise de copies de sécurité et les ententes de confidentialité comme la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels l'exige. De plus, il indique les façons de faire lors de la manipulation de données nominales, sous forme électronique ou papier, pour les fins d'interventions en protection, environnement, santé au travail et prévention.

Ce protocole s'adresse à tout le personnel de santé publique et à tous les intervenants et intervenantes qui ont à manipuler des données confiées à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

La Loi sur la santé publique, qui permet la création de registres, impose aux autorités de santé publique le respect de règles de confidentialité en ce qui concerne les informations auxquelles elles ont accès dans le cadre de leurs fonctions. Dans ce protocole, nous précisons le contexte ainsi que les mesures de sécurité qui doivent être mises en application pour assurer le caractère confidentiel et l'intégrité des données sociosanitaires nominatives.

---

e. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q. 2001, c. A-2.1.

CONTEXTE, TYPES DE DONNÉES ET MANIPULATIONS

Le développement de systèmes d'information sociosanitaires et l'utilisation d'une technologie informatique de plus en plus performante et très conviviale font en sorte qu'un plus grand nombre d'utilisateurs et utilisatrices ont accès à diverses sources de données. Cette accessibilité accrue permet une capacité de traitements, de croisements et d'appariements, qui est quasiment illimitée. Parmi ces informations, certaines sont nominatives ou sont considérées comme telles parce qu'elles contiennent des éléments pouvant permettre l'identification d'individus (ex. : code postal à six positions). Il en va de même pour les informations référant à un nombre restreint d'individus qui doivent aussi faire l'objet de protection en raison des possibilités d'identification (ex. : suicide, VIH/municipalité rurale).

Les données à caractère nominatif détenues par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie doivent être conservées sous l'autorité du directeur ou de la directrice de santé publique et de l'évaluation, séparément des autres données détenues par les autres directions de la Régie régionale de l'Estrie. Toutefois, l'ultime responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels est la plus haute autorité au sein d'une organisation, soit le président-directeur général pour la Régie régionale de l'Estrie. Qu'il s'agisse de données entreposées sur support papier ou informatique (ex. : disquettes ou cédéroms), elles sont gardées dans un endroit sécuritaire. Des mécanismes de sécurité sont prévus : un tiroir barré à clé, un bureau fermé à clé (si personne d'autre que les personnes autorisées n'a accès à ce bureau) ou tout autre mécanisme semblable limitant l'accès aux seules personnes autorisées. Les données contenues sur support informatique ainsi que celles qui nous parviennent par liens électroniques (Internet, réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS)) sont entreposées sur le réseau informatique de la Régie régionale de l'Estrie dans un répertoire sécuritaire qui est protégé par des profils d'accès limités aux seules personnes autorisées au sein de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Avant de pouvoir être communiquées à d'autres unités administratives de la Régie régionale de l'Estrie ou d'autres partenaires, les données de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie doivent donc faire l'objet d'un traitement visant à les dépouiller de tout caractère nominatif.

Par des données à caractère nominatif, la Commission d'accès à l'information du Québec entend les caractéristiques identifiées aux articles 54 et 56 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels qui sont les suivantes :

> 54. Dans un document, sont nominatifs les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier.[f]

> 56. Le nom d'une personne physique n'est pas un renseignement nominatif, sauf lorsqu'il est mentionné avec un autre renseignement la concernant ou lorsque sa seule mention révélerait un renseignement nominatif concernant cette personne.[g]

Les mesures de sécurité stipulées par la Commission d'accès à l'information du Québec en ce qui concerne de telles données sont basées sur la Charte des droits et libertés de la personne, qui consacre le droit au respect de la vie privée, et sur les principes de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'article 64 de cette dernière loi prescrit ces règles relatives à la collecte de renseignements personnels :

> 64. Nul ne peut, au nom d'un organisme public, recueillir un renseignement nominatif si cela n'est pas nécessaire à l'exercice des attributions de cet organisme ou à la mise en œuvre d'un programme dont il a la gestion.[h]

---

f. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art.54.

g. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art. 56.

h. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art.64.

À la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, le caractère nominatif des données détenues est d'ordre géographique (codes postaux et municipaux), administratif (numéro de dossier) et nominal (nom, adresse, numéro de téléphone). L'utilité première de cette information nominative est de trois ordres :

a) Reconstituer l'information de ces fichiers en entités géographiques que sont les territoires de CLSC et de MRC.
b) Intervenir auprès de clientèles spécifiques.
c) Faciliter la validation des informations.

Les données à caractère nominatif avec lesquelles la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie exerce ses attributions peuvent se diviser en trois catégories. D'une part, il s'agit de données récurrentes provenant pour la plupart du MSSS et de certains organismes gouvernementaux. D'autre part, il y a des données ponctuelles d'enquêtes ou d'évaluations recueillies par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie ou d'autres données ad hoc provenant de différentes sources et utilisées dans des projets de recherche. Enfin, certaines données à caractère nominatif sont recueillies directement ou indirectement pour des fins de suivi de programmes spécifiques (vaccination, OLO, etc.) ou d'interventions telles qu'épidémies, clientèles spécifiques (santé et sécurité au travail, environnement, etc.).

Ce protocole précise, entre autres, les risques et les mesures de sécurité que la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a mis en place. La Commission d'accès à l'information du Québec précise un certain nombre de mesures de sécurité minimales qui visent à protéger les données sociosanitaires nominatives informatisées contre toute divulgation ou altération, accidentelle ou volontaire. L'objectif est de prévenir les risques suivants :

- indiscrétion visuelle;
- accès ou copies non autorisées de données à caractère nominatif;
- virus informatiques;
- destruction de bases de données (par méfaits, inadvertance, sinistres, etc.).

Voici les mesures de sécurité préconisées à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pour les exigences auxquelles nous sommes tenus de nous conformer.

Identification et authentification des utilisateurs et utilisatrices ayant accès aux données sociosanitaires

L'ensemble des données, sur support papier, sont archivées et entreposées sous clé dans les classeurs appropriés.

Les répertoires de données de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie présents sur le réseau informatique de la Régie régionale de l'Estrie ne sont accessibles qu'aux personnes des services dûment identifiées et aux responsables techniques du réseau. L'utilisateur ou l'utilisatrice doit d'abord accéder à son poste de travail en utilisant son code d'usager et son mot de passe. L'accessibilité à ces différents répertoires est par la suite gérée par le profil d'accès. De plus, l'utilisateur ou l'utilisatrice change son mot de passe à tous les 40 jours.

Les profils d'accès

L'accès aux répertoires, qui sont présents sur le réseau informatique de la Régie régionale de l'Estrie ou sur le disque dur de l'ordinateur de l'utilisateur ou l'utilisatrice en mode local et qui contiennent des données à caractère nominatif, est limité, pour chacun des services de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, aux chefs de service et aux personnes responsables des traitements de données, et ce, au moyen des profils d'accès.

Les autres usagers des services ou du réseau n'ont accès qu'à leur répertoire personnel, plus un répertoire commun pour l'échange de correspondance de secrétariat. Un membre du personnel de soutien administratif (secrétaire) pourra avoir accès à des fichiers nominatifs de façon exceptionnelle pour compléter un travail de saisie de données ou de mise en page; **le fichier ne peut demeurer sur son poste de travail ni être copié**. Tout

usager peu familier avec les rudiments de la gestion de fichiers informatiques n'est pas candidat à l'utilisation intensive de données à caractère nominatif.

↳Collecte et saisie de données

Les chefs de service doivent connaître les usagers de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie qui ont des données à caractère nominatif en leur possession et pour combien de temps. Les usagers sont sensibilisés à faire en sorte que les personnes non autorisées ne puissent enregistrer ce qui apparaît à l'écran. Il y a une installation généralisée d'économiseur d'écran (*screen saver*) requérant un mot de passe de l'usager pour accéder de nouveau à son écran original. **Les usagers s'engagent à fermer leur poste de travail lorsqu'ils s'absentent.** Le poste de travail peut être fermé au moyen de la procédure *Verrouiller la station de travail*[1] fournie par le système d'exploitation. L'utilisateur ou l'utilisatrice entre à nouveau son mot de passe pour accéder à la session de travail.

À la fin de son quart de travail, l'utilisateur ou l'utilisatrice devra fermer la session de travail au moyen de la procédure fournie par le système d'exploitation.

↳Copies de sécurité

Une copie de sécurité de toutes les données présentes sur le réseau informatique de la Régie régionale de l'Estrie est effectuée chaque jour ouvrable. Les copies de sécurité effectuées du lundi au jeudi sont conservées dans le coffre-fort présent dans la salle où se font les copies. La copie de sécurité du vendredi est conservée dans un local situé dans une autre partie de l'édifice.

Le Technocentre régional effectue une copie de sécurité de tous les logiciels. Les originaux sont conservés dans un local situé dans une autre partie de l'édifice. Les logiciels installés sur le réseau ne font pas l'objet de copies de sécurité.

[1] Procédure : Ctrl-Alt-Suppr + verrouiller la station

Les données qui sont présentes sur le disque dur, en mode local d'un poste de travail, ne font pas l'objet de copies de sécurité. L'utilisateur ou l'utilisatrice devra copier lui-même les données importantes dans son répertoire personnel du réseau. **Aucune donnée à caractère nominatif ne doit demeurer sur le disque dur à la fin de la journée.**

En ce qui concerne la Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs, travailleuses (SMEST), une copie de sécurité du logiciel est effectuée deux fois par année et est conservée dans une autre partie de l'édifice.

Sécurité des lieux

L'édifice est protégé par un système d'alarme, et un code numérique doit être composé pour y accéder en dehors des heures normales.

Mise à jour des accès

Il y a une journalisation des accès aux renseignements des fichiers d'enquêtes fournies par l'Institut de la Statistique du Québec. Ce journal est fait à partir du serveur et est sous la responsabilité du Technocentre régional. Pour le Service santé au travail, un registre sera mis en place pour la consultation des dossiers d'indemnisation du *Programme de santé spécifique à un établissement* de santé en milieu de travail et de maladies professionnelles.

Partage de bases de données communes ou d'un centre de traitement commun

Le partage du réseau avec les autres directions de la Régie régionale de l'Estrie suppose que seules les personnes identifiées à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie aient accès aux données à caractère nominatif. Ceci est d'autant plus valable du fait que nous sommes à l'intérieur d'un même organisme. Le caractère confidentiel des données ou l'exclusion de l'accès à des données à caractère nominatif par la Régie régionale de l'Estrie, à l'exception de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, sont des raisons qui justifient un accès limité à ce réseau. Cet accès sélectif aux

données à caractère nominatif de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, aux seules personnes identifiées de cette direction, se fait par les profils d'accès tels que définis précédemment. C'est le chef de service qui détermine les profils d'accès de chacune des personnes de son service. Ces profils d'accès sont gérés par l'administrateur du réseau.

↳Programme de sensibilisation et d'embauche de personnes

La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'engage à ce que tout le personnel de la direction soit informé du présent protocole sur la sécurité des données ainsi que sur les conséquences à son manquement. De plus, elle s'engage à ce que chaque membre du personnel ayant accès à des données à caractère nominatif endosse par écrit assermenté le respect du protocole.

↳Les micro-ordinateurs

Il est recommandé de ne jamais utiliser des programmes ou des logiciels de provenance douteuse. Le réseau fait l'objet d'une détection quotidienne pour s'assurer de l'absence de tout virus informatique.

↳Communication de données sociosanitaires

S'il s'agit de données à caractère nominatif (ex. : Med-Écho avec code postal à six positions), les chercheurs hors Régie doivent avoir une autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec[1] pour avoir accès à des données nominatives détenues par la Régie régionale de l'Estrie.

Le mandataire retourne ou détruit les renseignements obtenus et ne conserve aucune copie partielle ou totale lorsque son mandat a été complété ou annulé, et ce, peu importe la raison.

---

[1] Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1, art. 125.

Si les données à caractère nominatif ne sont pas absolument nécessaires, il y a « dénominalisation » avant transmission.

↳Diffusion des résultats

Malgré tout ce qui précède quant à la confidentialité, d'autres mesures doivent être prises lors de la diffusion de données ou d'informations.

En aucun cas la diffusion de productions ne doit porter préjudice à un individu, un groupe ou une communauté. La diffusion de données ou d'informations ne peut cibler un individu ou un groupe de telle sorte qu'un service lui soit retiré, qu'une indemnité lui soit coupée, ou encore qu'un individu ou un groupe soit ostracisé[k].

Pour assurer cette confidentialité, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'engage **à ne diffuser aucune information** dont le risque de reconnaissance d'un individu est possible à la suite de croisement de données de santé avec des caractères restreints permettant d'identifier un individu, c'est-à-dire tout croisement entre l'âge, le sexe, le lieu et une autre caractéristique de santé dont le résultat est inférieur à cinq, et ce, à l'échelle régionale ou à l'échelle locale (MRC, CLSC, municipalités, autre unité spatiale plus fine).

Dans ces situations, les données pourraient être recalculées sur un domaine plus large, une unité territoriale plus grande ou un espace temps plus long. De plus, la cellule pourrait indiquer : nombre < 5.

Malgré les règles qui précèdent, chaque personne doit s'assurer, lors d'une diffusion, qu'il n'y a aucune possibilité qu'un individu soit identifiable et que l'objet de la communication n'a pas un caractère ostracisant.

---

[k] Adapté de l'article 3.3.2. de l'Entente concernant l'utilisateur d'un fichier de microdonnées d'enquête à des fins d'analyse et de recherche entre l'Institut de la statistique du Québec et la Régie régionale de l'Estrie

Communication de renseignements nominatifs

Nonobstant le point précédent, la Commission d'accès à l'information du Québec a prévu (art. 68)[1] qu'un organisme public peut communiquer un renseignement nominatif :

1. à un organisme public lorsque cette communication est nécessaire à l'exercice des attributions de l'organisme receveur ou à la mise en œuvre d'un programme dont cet organisme a la gestion;
2. à une personne ou un organisme lorsque des circonstances exceptionnelles le justifient.

S'il s'agit de l'alinéa 2, la personne doit présenter une demande écrite au directeur ou à la directrice de santé publique et de l'évaluation et au chef de service du Service soutien méthodologique et évaluation en précisant :

1. la nature ou le type des renseignements communiqués;
2. les personnes ou organismes qui reçoivent cette communication;
3. l'usage projeté de ces renseignements;
4. les raisons justifiant cette communication;
5. signer l'entente de confidentialité.

Impression des données

Les utilisateurs et utilisatrices de données à caractère nominatif sont sensibilisés au caractère exceptionnel pour l'impression desdites données. Après utilisation, les imprimés doivent être déchiquetés.

---

[1] Loi sur l'accès des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c. A-2.1, art.68.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Chaque membre du personnel, incluant les médecins et dentistes de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, impliqué dans l'utilisation ou le traitement de données à caractère nominatif s'engage à signer sous serment la formule de confidentialité, de même que les techniciens et techniciennes en informatique, incluant les techniciens et techniciennes de la Sogique, qui ont parfois accès à nos données et sont susceptibles de manipuler ces fichiers.

Tout membre du personnel, incluant les médecins et dentistes, impliqué dans la manipulation d'un fichier à caractère nominatif, qui ne respecterait pas son serment, sera passible d'une sanction.

PLAN D'ÉVALUATION

252-254

La Loi sur la santé publique stipule que le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats (Loi sur la santé publique, chapitre II, article 16).

Selon le PNSP, l'évaluation constitue une démarche essentielle pour bien saisir le déroulement de l'implantation des programmes ou des activités et analyser leur capacité d'atteindre les résultats visés. De plus, les conclusions de l'évaluation constituent une source appréciable de renseignements pouvant guider les décisions quant au renouvellement et l'évolution des programmes.

Les assises de l'évaluation du Plan d'action régional de santé publique (PAR-SP)

Afin d'évaluer le plan d'action régional de façon efficace et efficiente, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'engage à respecter les grandes orientations suivantes :

- Dans la mesure du possible, l'évaluation se fait à partir des systèmes d'information déjà existants qui peuvent s'adapter ou être exploités en fonction de la structure du programme.
- Dans la mesure du possible, l'évaluation privilégie des données qui sont comparables entre les paliers national, régional et local.
- L'évaluation se fait en partenariat autant pour la collecte des données que pour l'analyse et la diffusion des résultats.
- Les activités d'évaluation respectent les valeurs et les principes éthiques à la base du PNSP, notamment, la confidentialité, le consentement libre et éclairé des participants et participantes aux recherches évaluatives, la recherche des données réellement pertinentes et un juste partage des responsabilités entre les acteurs engagés dans les processus.
- La diffusion des résultats se fait en temps opportun afin d'éclairer la prise de décision.

LES TYPES D'ÉVALUATION DU PAR

Les paliers régional et local sont imputables de l'évaluation des activités des plans régionaux et locaux et de leurs effets. Ainsi, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie met la priorité sur les activités en lien avec les trois types d'évaluation menés au plan régional et local[m], à savoir :

↳Le suivi de l'implantation des activités

Il s'agit ici de vérifier dans quelle mesure les activités sont offertes, de décrire les écarts observés entre ce qui a été planifié et ce qui est fait et d'évaluer la satisfaction de la clientèle. Pour ce type d'évaluation le palier national assume un rôle de meneur pour concevoir les outils communs de collecte des données et convenir de leur utilisation. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie collaborera, en autant que possible, à l'application du plan d'évaluation émanant du palier national en s'assurant que les activités du plan régional prennent en compte le volet de collecte et de transmission des données.

↳Le suivi des indicateurs sociosanitaires

Les objectifs ultimes du *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007* concernent l'état de santé et de bien-être de la population et c'est le suivi des indicateurs sociosanitaires qui permet de mesurer le degré d'atteinte des objectifs du programme. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est responsable du suivi des indicateurs sociosanitaires. Elle s'engage à suivre et à diffuser les indicateurs en lien avec le plan d'action régional.

[m] Les types d'évaluation retenus et les engagements proposés sont également en accord avec la *Politique d'évaluation et de suivi de gestion*. Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, Régie régionale de l'Estrie. Mise à jour en février 2000.

Les études évaluatives particulières

Certaines activités feront l'objet d'études évaluatives particulières, et ce, au palier national, régional et local afin de comprendre les relations entre les activités et les effets du programme, et les facteurs qui en rendre compte. En conséquence, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pourra s'impliquer :

- sur le plan national en collaborant aux recherches évaluatives menées par l'Institut national de santé publique du Québec; dans ce cas, la région pourra se proposer comme « terrain » d'étude de certaines activités ou programmes;
- sur le plan régional et local en initiant des évaluations d'implantation de programmes ou d'activités particulières;
- sur le plan régional et local en favorisant et en initiant des études d'évaluation des effets de programmes ou d'activités particulières sur la santé et le bien-être de la population et sur l'organisation des services.

Le choix des études évaluatives particulières devant être menées en collaboration avec le palier national ou sur le plan régional et local reposera sur les critères suivants :

- La nouveauté de l'intervention sur le plan national, régional et local.
- L'ampleur et la complexité des ressources humaines et financières impliquées.
- Le degré de vulnérabilité de la clientèle ciblée par le programme et susceptible de connaître des effets pervers suite à l'implantation.
- Le fait que le programme concerne une problématique en émergence ou en croissance.
- Les intérêts des gestionnaires responsables de la gestion régionale et de l'implantation locale des programmes.

Les études évaluatives menées en collaboration avec le palier national ou encore initiées au plan régional et local devront également tenir compte des évaluations en cours ou déjà projetées et devront s'appuyer sur un suivi de gestion prévu ou en place.

Finalement, des liens devront être entretenus avec le palier national afin de permettre une collaboration régionale à certaines études évaluatives nationales de même qu'avec les milieux universitaires de la région afin, cette fois, de favoriser une collaboration aux études évaluatives régionales et locales.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

[1] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications u Québec, 2001, 432 p.

[2] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DUQUÉBEC, Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[3] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : indicateurs et tendances*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 265 p.

[4] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 87 p.

[5] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[6] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[7] M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)

[8] M.A. FOURNIER et J. PICHÉ, « Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 387-407. (Collection La santé et le bien-être)

[9] F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 535 p.

F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 616 p.

[10] M.E. CLÉMENT et autres, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

[11] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La violence conjugale : Statistiques sur la violence conjugale 2000*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2001, 65 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

[12] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)

P. MORISSETTE, N. DEDOBBELEER et M. ROJAS VIGER, « Consommation de substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 211-229. (Collection La santé et le bien-être)

[13] G. LÉGARÉ et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)

[14] R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

[15] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, no 14)

[16] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[17] F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 535 p.

F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 616 p.

J.J. BRETON et autres, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, vol. 2*, Montréal, Hôpital des Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 224 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Santé mentale et adaptation sociale», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 431-519. (Collection La santé et le bien-être)

[18] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, no 14)

[19] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[20] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[21] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[22] J. LOISELLE et B. PERRON, *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, vol. 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 95 p. (Collection La santé et le bien-être)

S. BERNIER et D. BROCHU, «Usage du tabac», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 99-115. (Collection La santé et le bien-être)

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)

[23] G. LÉGARÉ et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)

R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)

[24] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, no 14)

[25] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[26] M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé »,dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)

[27] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport mondial sur la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 282 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

[28] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)

[29] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[30] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[31] L. PARÉ et M. LEVASSEUR, « Problèmes auditifs et problèmes visuels», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p 297-305. (Collection La santé et le bien-être)

[32] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)

[33] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[34] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, no 14)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MEDÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

[35] M.J. PAPILLON et autres, « Consommation de médicaments », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 445-460. (Collection La santé et le bien-être)

L. BARNARD, S. LANTIN et L. ROBERGE, *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées : Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec – les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2001, 87 p.

[36] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[37] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[38] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

R. CHOINIÈRE, «Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : Étude écologique des liens avec les conditions sociales, économiques et culturelles», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, no 1, printemps 1991, p. 117-146.

M. PAGEAU et M. FERLAND, *Portrait de santé : La région et ses territoires de CLSC*, Québec, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 346 p.

J.B. ROBICHAUD et autres, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : De l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur et Comité de la santé mentale du Québec, 1994, 270 p.

[39] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[40] J.W. FEIGHTNER, « Prévention de l'anémie ferriprive chez le nourrisson », dans Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, ministère des Approvisionnements et des Services Canada, 1994, p. 276-286.

[41] P.A. FRIED. 2002, Incidences *de l'usage du tabac pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. Dans: Tremblay, RE, Barr, RG, Peters, RdeV., eds. Encyclopedie sur le développment des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5.
Disponible sur le site: http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/FriedFRxp.pdf. Page consulté le 25 avril 2003.

[42] P.A. FRIED. 2002, Incidences *de l'usage du tabac pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. Dans: Tremblay, RE, Barr, RG, Peters, RdeV., eds. Encyclopedie sur le développment des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-5.
Disponible sur le site: http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/FriedFRxp.pdf. Page consulté le 25 avril 2003.

[43] L. DUBOIS et M. GIRARD. 2002. *Évolution des comportements et des pratiques alimentaires*, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

[44] L. BELL, D. ST-CYR TRIBBLE, D. PAUL. 1999. *Étude du taux, de la durée et de certains facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes ayant accouché au CUSE*, Rapport de recherche du département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 45 p.

[45] J. BROUSSEAU, R.H. BAILLARGEON et H.X. WU, « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8, 2002, 40 p. (Collection La santé et le bien-être)

[46] J. BROUSSEAU, J. BAILLARGEON et RH. WU. HX. 2002. « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 8.

[47] D. RANDALL, J. REYNELL et J. CURWEN. WA. 1974. A study of language development in a sdample of three-year-old children, British Journal of Disorders of Communication. 4 (9) : 3-16.

J. DUDLEY et J. DELAGE. 1980. *Incidence des troubles de la parole et du langage chez les enfants francoquébécois*, Communication humaine, 5 : 131-42.

[48] A. SYLVESTRE, H. PAYETTE et D. ST-CYR TRIBBLE. 2002. *Prévalence des problèmes de la communication chez les enfants négligés de moins de trois ans*, Revue canadienne de santé publique. 93 (5) : 349-52.

[49] R.H. BAILLARGEON. 2002. *Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois*, Étude longitudinal du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 7.

[50] M. ROCHON, *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Service de la recherche, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 38 p.

[51] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[52] *Registre des événements démographiques du Québec*, Institut de la statistique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux (fichier des naissances).

[53] M.E. CLÉMENT et autres, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être)

[54] C. GAGNON et F. VITARO, « La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents », dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 231-290.

[55] L. HÉBERT et A. ROCHON. 2000. *Rapport de l'enquête sur le statut tabagique, la consommation d'alcool, de drogue et la violence dans les écoles*, printemps 2000, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie (non publié)

[56] L. GUYON et L. DESJARDINS, « La consommation d'alcool et de drogues », dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, vol.* 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 35-66. (Collection La santé et le bien-être)

[57] S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

[58] L. GUYON et L. DESJARDINS, « La consommation d'alcool et de drogues », dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, vol. 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 35-66. (Collection La santé et le bien-être)

P. MORISSETTE, N. DEDOBBELEER et M. ROJAS VIGER, « Consommation de substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 211-229. (Collection La santé et le bien-être)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

[59] S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

[60] M. LEDOUX, L. MONGEAU et M. RIVARD, « Poids et image corporelle », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 311-344. (Collection La santé et le bien-être)

[61] J.J. BRETON et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 433-450. (Collection La santé et le bien-être)

[62] G. LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)

[63] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.

[64] J.J. BRETON et R. BOYER, « La prévention du suicide », dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la direction de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 271-304.

[65] J.J. BRETON et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 433-450. (Collection La santé et le bien-être)

[66] R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)

[67] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

[68] S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 21 p.

[69] G. LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)

[70] R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)

[71] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé: Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[72] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

[73] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

[74] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La violence conjugale : Statistiques sur la violence conjugale 2000*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2001, 65 p.

[75] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

[76] MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, Violence conjugale, 2001.

[77] E. PODNIEKS et autres, *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990, 121 p.

[78] M. REIS et D. NAHMIASH, *When Senior are Abused: A Guide to Intervention*, Toronto, Captus Press, 1995, 90 p.

[79] O. FIRBANK et J.P. FORTIN, *Dépistage de l'abus à l'endroit des personnes âgées : un programme de sensibilisation d'une communauté et de ses acteurs témoins*, Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, 59 p. et annexes.

[80] C. GOSSELIN, R. CHOINIÈRE et R. WILKINS, « Désavantage lié à l'incapacité », dans J. Camirand et autres, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 121-142.

[81] STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2000-2001

[82] M.T. MCKENNA et autres, « Current issues and challenges in chronic disease control », dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la direction de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2 e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 1-26.

J.F. LÉVESQUE et V. DÉRY, *Vers la santé durable : l'organisation des interventions en santé du cœur – le modèle promotion des habitudes de vie saines et prévention des maladies chroniques non transmissibles*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.

[83] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977- 1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14).

[84] S.M. GRUNDY et autres, « Diabetes and cardiovascular disease: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association », *Circulation*, vol. 100, no 10, 7 septembre 1999, p. 1134-1146.

[85] G. PARADIS et autres, « Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 345-370. (Collection La santé et le bien-être)

[86] INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001*, Toronto Institut national du cancer du Canada, 2001. SANTÉ CANADA, *Canadian Strategy for Cancer Control: Draft synthesis report*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 64 p.

[87] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[88] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[89] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)

SANTÉ CANADA, *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 102 p.

[90] V. ÉMOND, *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, s.l., Institut national de santé publique du Québec, 2002, 16 p.

[91] SANTÉ CANADA, *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, Santé Canada, 1999, 75 p.

[92] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)

L. MONGEAU, B. NOLIN et D. HAMEL, *Analyse des données de l'Enquête Santé Québec 1987 et des enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998*, Institut national de santé publique du Québec (étude non publiée).

[93] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998, 275 p.

[94] C.L. BIRMINGHAM et autres, « The cost of obesity in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, 23 février 1999, p. 483-488.

[95] A. TENENHOUSE et autres, « Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population specific DXA reference standard : The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos), *Osteoporosis International*, vol. 11, no 10, 2000, p. 897-904.

[96] J.M. BRODEUR et autres, *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1998, 159 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 8)

J.M. BRODEUR et autres, *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 18)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SER-VICES, *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, Rockville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, 332 p.

[97] R. PAMPALON et G. RAYMOND, «Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, 2000, p. 113-122.

[98] L.H. KUSHI et S.B. FORESTER, « Diet and nutrition »,dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2 e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 215-259.

[99] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

[100] C.L. BIRMINGHAM et autres, « The cost of obesity in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, 23 février 1999, p. 483-488.

[101] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Les publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être).

STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.1.

[102] J. LOISELLE, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, vol. 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 123 p.

[103] SANTÉ QUÉBEC et L. BERTRAND (sous la dir. de), *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 317 p.

[104] C. SCHAEFER et L. MONGEAU, *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal, Le collectif action alternative en obésité, 2000, 85 p.

[105] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)

[106] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 520 p. (Collection La santé et le bien-être)

[107] B. NOLIN et autres, *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 2002 137 p.

[108] J. AUBIN, C. LAVALLÉE, J. CAMIRAND, N. AUDET et autres (2002) *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.

[109] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 200*1, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[110] D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

[111] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 200*1, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[112] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.

[113] D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

[114] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

[115] D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)

[116] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 200*1, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

[117] F. TRICKEY et autres, *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 141 p.

[118] F. TRICKEY et autres, *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 141 p.

H. LUUKINEN et autres, « Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style as risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly », *Public Health*, vol. 110, n° 2, 1996, p. 115-118.

R. RUTHAZER et L.A. LIPSITZ, « Antidepressants and falls among elderly people in long-term care », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 5, 1er mai 1993, p. 746-749.

S.R. LORD et autres, « Postural stability, falls and frac-tures in the elderly: results from the Dubbo Osteo-porosis Epidemiology Study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 160, n° 11, 1994, p. 684-691.

[119] S. OUELLETTE, *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées : Résumé de la littérature scientifique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1999, 26 p.

G. FERLAND et autres, « Personnes âgées », dans *Manuel de nutrition clinique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 3 e éd., 2000, chap. 2.5.

H. PAYETTE et R. CYR, *Évaluation de l'état nutritionnel des bénéficiaires âgés des services d'aide à domicile : rapport de recherche*, Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, 1992, 26 p.

[120] Y. ROBITAILLE et autres, « Accidents avec blessures », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 313-332. (Collection La santé et le bien-être)

[121] D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

[122] Y. ROBITAILLE et autres, « Accidents avec blessures », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 313-332. (Collection La santé et le bien-être)

[123] D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

[124] R.P. WENZEL et autres, « Control of communicable diseases », dans R.B. Wallace et B.N. Doebbeling (sous la dir. de), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 14 e éd., chap. 6, Stamford (Connecticut), Appleton & Lange, 1998, p. 69-87.

[125] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 4e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 220 p.

[126] P. DE WALS, *Évaluation du coût et des avantages potentiels d'une campagne d'immunisation contre le méningocoque de sérogroupe C au Québec*, Sherbrooke, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 15 p.

[127] L. JETTÉ, *Programme de surveillance du pneumocoque : Rapport annuel 2000*, Laboratoire de santé publique du Québec, 2001, 21 p.

[128] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 392 p.

[129] M. J. FINE et autres, « Prognosis and outcome of patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 275, 1996, p. 134-141.

[130] SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE, « Conférence canadienne de concertation sur la grippe », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 19, 1993, p. 136-146.

[131] COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC, *Contrôle de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*, décembre 1991.

[132] CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2001 – Mise à jour n° 2001-2, au 31 décembre 2001*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 38 p.

[133] R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique,

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)

[134] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, L. DUCHESNE, *La situation démographique au Québec : Bilan 2000 – Les régions métropolitaines*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 292 p.

[135] C. ARCHIBALD ET J. GEDULD, *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH, Province de Québec, 1999*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, mars 2001, données non publiées.

R. REMIS, P. LECLERC et A.C. VANDAL, *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec*, 1996, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 61 p.

[136] R. SCHABAS, *Groupe d'experts sur l'épidémiologie de l'hépatite C : Rapport sur la réunion tenue les 17 et 18 juin 1998*, Ottawa, Santé Canada, 1998, 58 p.

[137] S. GUASCHINO et F. DE SETA, « Update on *Chlamydia trachomatis* », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 900, 2000, p. 293-300.

[138] R. PARENT, *Analyse des cas d'infection génitale à* Chlamydia trachomatis, *de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1997-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 15 p. et annexes, à paraître. (Collection Analyses et surveillance, n° 22)

[139] K.K. HOLMES et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, 3 e éd., New York, McGraw-Hill, Health Professions Division, 1999, p. 410.

[140] SANTÉ CANADA et LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE MALADIES INFECTIEUSES, « Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 23S7, novembre 1997, p. 1-32.

[141] L. JETTÉ, *Programme de surveillance du pneumocoque : Rapport annuel 2000*, s.l., Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 21 p.

[142] SANTÉ CANADA et LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE MALADIES INFECTIEUSES, « Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 23S7, novembre 1997, p. 1-32.

[143] W.R. JARVIS, « Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: Morbidity, mortality, cost, and prevention », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17, n° 8, août 1996, p. 552-557.

[144] R. W. HALEY et autres, « The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing noso-comial infections in US hospitals », *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 2, février 1985, p. 182-205.

[145] GROUPE DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN), *Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales : Novembre 2000 à mai 2001 (SPIN-2)*, 2002.

[146] GROUPE DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN), *Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales : Novembre 2000 à mai 2001 (SPIN-2)*, 2002.

[147] R.Y. DODD, «Overview of infectious disease », dans J.V. Linden et C. Bianco (sous la dir. de), *Blood Safety and Surveillance*, New York, Marcel Dekker Inc., 2001, s.p.

[148] R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)

[149] R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001,279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)

[150] P.V. VARUGHESE, « Rage et prophylaxie postexposition au Canada, 1986 », *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, vol. 14, 1988, p. 89-94.

[151] R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)

[152] R.T. BURNETT, S. CAKMAK et J. BROOK, « The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 3, mai-juin 1998, p. 152-156.

M. GOLDBERG et autres, *Identifying Subgroups of the General Population That May Be Susceptible to Short-Term Increases in Particulate Air Pollution: A Time-Series Study in Montreal, Quebec*, Cambridge (Massachusetts), Health Effects Institute, Research Report 97, 2000, 113 p.

R.T. BURNETT, S. CAKMAK et J. BROOK, « The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 3, mai-juin 1998, p. 152-156.

R.T. BURNETT et autres, « Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals », *Environmental Research*, vol. 65, n° 2, 1994, p. 172-194.

R.J. DELFINO, M.R. BECKLAKE et J.A. HANLEY, « The relationship of urgent hospital admissions for respiratory illnesses to photochemical air pollution levels in Montreal for population-based studies of air pollution », *Environmental Research*, vol. 67, n° 3, 1994, p. 1-19.

R.J. DELFINO et autres, « Effect of air pollution on emergency room visits for respiratory illnesses in Montreal, Quebec », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 155, n° 2, février 1997, p. 568-576.

R.J. DELFINO, A.M. MURPHY-MOULTON et M.R. BECKLAKE, « Emergency room visits for respiratory ill-nesses among elderley in Montreal: Association with low level ozone exposure », *Environmental Research*, vol. 76, 1998, p. 67-77.

[153] M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être) A. ÉMOND et L. GUYON, *L'enquête Santé Québec : Faits saillants 1987*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 45 p.

[154] GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME, *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 65 p.

[155] N. KING, *Impact des conditions de logement sur la santé publique : Recension des écrits et proposition d'une approche de santé publique*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 74 p.

COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH, « Toxic effects of indoor mold », *Pediatrics*, vol. 101, n° 4, avril 1998, p. 712-714. H. BURGE, « Bioaerosols: Prevalence and health effects in the indoor environment », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 86, n° 5, 1990, p. 687-701.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Guidelines for Air Quality*, Genève, World Health Organization, 1999, 143 p. et annexes.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT, *Guide d'assainissement de l'air : Comment cerner et régler les problèmes de qualité de l'air de votre habitation*, édition révisée, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1998, 34 p.

[156] M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p 273-296. (Collection La santé et le bien-être)

[157] E. MASSON, et E. GRIGNON, *Programme d'intervention visant le contrôle de l'herbe à poux et la réduction de la prévalence de la rhinite allergique saisonnière en Montérégie : Rapport d'activités*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, 76 p.

[158] R. CLAPP, « Environment and health: 4. Cancer », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n 8, 17 octobre 2000, p. 1009-1012.

HARVARD CENTER FOR CANCER PREVENTION, « Harvard report on cancer prevention – vol. 1 : Causes of human cancer », *Cancer Causes and Control*, vol. 7, supplément 1, novembre 1996, p S1-S9.

[159] D.G. BOLDUC et M. CHAGNON, *Circonstances et causes des épidémies d'origine hydrique survenues au Québec de 1989 à 1993*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique du Québec, 1996,15 p. et annexes.

D.G. BOLDUC, *Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions régionales de la santé publique du Québec en 1993, 1994 et 1995*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique, 1998, 8 p. et annexe.

[160] INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.

[161] M. RHAINDS (adapté de), « Rayonnement ultraviolet et cancer », dans *L'oncogénèse environnementale au Québec*, Québec, Comité de santé environnementale, 1996, p. 14-28.

H.K. KOH et autres, « Skin cancer prevention and control », dans P. GREENWALD, B.S. KRAMER et D.L. WEED (sous la direction de), *Cancer Prevention and Control*, New York, Marcel Dekker Inc., 1995, p. 537- 545.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le bronzage artificiel au Québec : Bilan des connaissances et recommandations – Rapport du comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultra-violets et le bronzage artificiel*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 83 p.

[162] CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1995*, Sainte-Foy (Québec), 1996, 29 p. et annexes.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1996*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 30 p. et annexes.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1996 : Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 25 p.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1997*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 20 p. et annexes.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1997 : Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 29 p.

COMITÉ PROVINCIAL SUR LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE AU QUÉBEC, *Étude descriptive des intoxications involontaires au monoxyde de carbone au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 1997, 56 p. et annexes.

C. PRÉVOST et L. JACQUES, *Décès par intoxication involontaire au monoxyde de carbone au Québec de 1989 à 1994*, Saint-Hubert (Québec), Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 42 p.

[163] R. ARCAND et autres, « Travail et santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 525-570. (Collection La santé et le bien-être)

[164] *TMS, troubles musculo-squelettiques, Ça coûte cher à tout le monde !*, feuillet d'information, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, août 2002, 2 p.

[165] S. BRISSON, S. PROVENCHER et L. DE GUIRE, *Étude de nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à la silice au Québec de 1988 à 1997*, Montréal,

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002, 30 p. et annexes.

[166] S. PROVENCHER et L. DE GUIRE, *Étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante au Québec de 1988 à 1997*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 101 p.

[167] R. SIMARD, *Bilan de situation concernant l'exposition à l'amiante dans l'industrie de la transformation de Montréal-Centre*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 15 p. et annexes.

[168] M. R. BECKLAKE, J.L. MALO et M. CHAN-YEUNG, «Epidemiologic approaches », dans I.L. Bernstein et autres, *Asthma in the Workplace*, 2 e éd., New York, Marcel Dekker Inc., 1999, p. 27-66.

[169] M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-295. (Collection La santé et le bien-être)

[170] J. TURCOT, *Bilan des cas d'asthme professionnel indemnisés par la CSST de 1988 à 1996*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1998, 7 p.

[171] L. BHÉRER et autres, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Les gaz irritants – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, (Proposition du Comité de santé environnementale du Québec et du Conseil des directeurs de santé publique du Québec au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 22 p.

[172] R. PLANTE et autres, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Le plomb – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1998, 16 p.

O. SAMUEL, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Les insecticides organo-phosporés et carbonates – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 15 p. et annexes.

A. TURCOT et autres, *Surveillance médicale des travailleurs exposés au styrène*, Québec, Comité provincial en santé au travail, 1998, 10 p.

[173] P. ROBILLARD, E. ROY et S. Venne, *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 24 p.

[174] R. DOLL et R. PETO, « The causes of cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 6, juin 1981, p. 1191-1308.

P. VINEIS et L. SIMONATO, « Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A systematic approach », *Archives of Environmental Health*, vol. 46, n° 1, 1991, p. 6-15.

L. SIMONATO et autres, « Lung cancer and cigarette smoking in Europe: An update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity », *Inter-national Journal of Cancer*, vol. 91, n° 6, 15 mars 2001, p. 876-887.

[175] P.B. BURNS et G.M. SWANSON, « Risk of urinary bladder cancer among blacks and whites: The role of cigarette use and occupation », *Cancer Causes and Control*, vol. 2, 1991, p. 371-379.

P. VINEIS et L. SIMONATO, « Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A systematic approach », *Archives of Environmental Health*, vol. 46, n° 1, 1991, p. 6-15.

A. MANNETJE et autres, « Occupation and bladder cancer in European women », *Cancer Causes and Control*, vol. 10, n° 3, juin 1999, p. 209-217.

[176] R.J. MULLAN et L.I. MURTHY, « Occupational sentinel health events: An updated list for physician recognition and public health surveillance », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 19, 1991, p. 775-799.

[177] S. HELEY, C. LAROCHE et L. BHÉRER, « Analyse des services diagnostiques et de réadaptation prescrits et obtenus par des travailleurs dépistés pour surdité professionnelle », Travail et santé, vol. 15, n° 2, 1999, p. 8-12.

[178] F. TURCOTTE et autres, *Rapport du Comité aviseur sur les examens auditifs en milieu de travail*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1995, 49 p.

J.M. TARDIF et autres, Bruit et surdité professionnelle, document de réflexion sur les orientations provinciales du réseau de la santé et des services sociaux, Comité de coordination en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 31 p.

[179] E.L. MOZURKEWICH et autres, « Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 4, avril 2000, p. 623-635.

[180] P. MAUREEN, *Occupational and Environmental Reproductive Hazards: A Guide for Clinicians*, Baltimore (Maryland), Williams and Wilkins, 1993, 436 p.

[181] M. VÉZINA et R. BOURBONNAIS, « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans *Portrait social du Québec : Données et analyses*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 279-287. (Collection Les conditions de vie)

[182] CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, « Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail », *Convergence*, vol. 15, n° 4, août 1999, p. 3-4.